

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
CURSO DE DIREITO**

**ROGER DE OLIVEIRA FRANCO**

**A POLÍTICA PAULISTANA DE REDUÇÃO DE DANOS AO USO  
ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS SOB A ÓTICA DE UM  
JURISTA**

**FLORIANÓPOLIS  
2015**

**ROGER DE OLIVEIRA FRANCO**

**A POLÍTICA PAULISTANA DE REDUÇÃO DE DANOS AO USO  
ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS SOB A ÓTICA DE UM  
JURISTA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC,  
como parte dos requisitos para obtenção do grau de  
Bacharel em Direito.

**Orientador:** Prof. Dr. Reinaldo Pereira e Silva

**Coorientadora:** Me. Caroline da Rocha Franco

**FLORIANÓPOLIS**

**2015**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

TERMO DE APROVAÇÃO

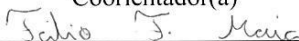
O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado "**A política paulistana de redução de danos ao uso abusivo de substâncias psicoativas sob a ótica de um jurista**", elaborado pelo(a) acadêmico(a) **Roger de Oliveira Franco**, defendido em **30/06/2015** e aprovado pela Banca Examinadora composta pelos membros abaixo assinados, obteve aprovação com nota 10,0 (dez), cumprindo o requisito legal previsto no art. 10 da Resolução nº 09/2004/CES/CNE, regulamentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, através da Resolução nº 01/CCGD/CCJ/2014.

Florianópolis, 30 de Junho de 2015



**Reinaldo Pereira e Silva**  
Professor(a) Orientador(a)

**Caroline da Rocha Franco**  
Coorientador(a)



**Fábio Fernandes Maia**  
Membro de Banca



**Rodrigo Alessandro Sartoti**  
Membro de Banca



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**COORDENADORIA DO CURSO DE DIREITO**  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE  
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC  
TELEFONE (048) 3721-9292 - FAX (048) 3721-9815  
E-mail: ccgd@ccj.ufsc.br

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO INEDITISMO DO TCC E  
ORIENTAÇÃO IDEOLÓGICA**

Aluno (a): Roger de Oliveira Gomes  
RG: 6.980.336  
CPF: 077.733.729-00  
Matrícula: 10700076  
Título do TCC: A política populista de redução de danos  
do uso abusivo de substâncias psicoativas sob a ótica de  
um jurista.  
Orientador (a): Renaldo Bruno e Silva

Eu, Roger de Oliveira Gomes  
acima qualificado(a); venho, pelo presente termo, assumir integral responsabilidade pela  
originalidade e conteúdo ideológico apresentado no TCC de minha autoria, acima referido.

Florianópolis, SC, 21 de julho de 2015.

Roger

Para minha presidenta Gilma, e para a minha irmã Caroline, que me suportou nas diversas ligações e e-mails sobre o TCC:

*1º de julho*

*(Composição Renato Russo para Cássia Eller)*

*Eu vejo que aprendi  
O quanto te ensinei  
E nos teus braços que ele vai saber  
Não há por que voltar  
Não penso em te seguir  
Não quero mais a tua insensatez  
O que fazes sem pensar aprendeste do olhar  
E das palavras que guardei prá ti  
Não penso em me vingar  
Não sou assim  
A tua insegurança era por mim  
Não basta o compromisso  
Vale mais o coração  
Já que não me entendes, não me julgues  
Não me tentes  
O que sabes fazer agora  
Veio tudo de nossas horas  
Eu não minto, eu não sou assim  
Ninguém sabia e ninguém viu  
Que eu estava a teu lado então  
Sou fera, sou bicho, sou anjo e sou mulher  
Sou minha mãe e minha filha,  
Minha irmã, minha menina  
Mas sou minha, só minha e não de quem quiser  
Sou Deus, tua Deusa, meu amor  
Alguma coisa aconteceu  
Do ventre nasce um novo coração  
Não penso em me vingar  
Não sou assim  
A tua insegurança era por mim  
Não basta o compromisso  
Vale mais o coração  
Ninguém sabia, ninguém viu  
Que eu estava ao teu lado então  
Sou fera, sou bicho, sou anjo e sou mulher  
Sou minha mãe e minha filha,  
Minha irmã, minha menina  
Mas sou minha, só minha e não de quem quiser  
Sou Deus, tua deusa, meu amor  
Baby, baby, baby, baby  
O que fazes por sonhar  
É o mundo que virá pra ti e para mim  
Vamos descobrir o mundo juntos baby  
Quero aprender com o teu pequeno grande coração  
Meu amor, meu amor*

## AGRADECIMENTOS

O primeiro agradecimento teria que ser pra ela, minha mãe, que esteve e está sempre ao meu lado, desde as contas de matemática da primeira série, ficando noite às claras comigo, até mesmo quando dei a notícia que estaria rumando para Florianópolis estudar. Obrigado Gilma Batista da Rocha, você é meu maior exemplo de dedicação e luta.

Outra pessoa que sempre me apoiou nos momentos de maior dificuldade, e que me puxa sempre para cima é minha irmã, Caroline da Rocha Franco, cobrando desde pequena a responsabilidade necessária. Tenho certeza no seu sucesso e da sua enorme capacidade; o futuro lhe aguarda com belas surpresas!

José de Oliveira Franco, meu pai, que me deu seu carinho a sua forma; e de suas vivências tive muitos aprendizados. Agradeço muito por estar comigo.

Minha família, tia Gilda e José, que toda vez me auxiliaram, e me acompanharam em todas essas “mudanças” e fases, sendo essenciais na minha vida; e também meus primos-irmãos Igor, Bruno e Daiane, que sempre estiveram juntos, e até hoje são muito presentes para mim; tios Marcos e Paulo, e minhas pequenas primas. Estimo-os muito.

Vó Iraci e vó Balbina, mulheres fortíssimas, e centrais a minha família; tenho um amor enorme por vocês.

Agradeço também aos parceiros-irmãos do Bom Jesus, Tubaínas: Jefferson, Ricardo, Wilson, Xado, Dedé, Takeda, Paulo; e do CEFET-PR: Fábio, Alexandre, Wilkyson, Cassiano, Fernando, Felipe, Gabi, Érika, Guilherme e Flávio (que agora também é de SAJU, PET, UFSC...).

Abro também um espacinho para a militância do Partido Acadêmico Renovador, pessoas incríveis, e que quero sempre ao meu lado: Mariana, Mônica Miranda, Allan, Emanuel, Marwan, Pri Bartolomeu, Ju Horst, Larissa, Joyce, Maurícios Serenato e Rezende, Karolyne, Pri Villani, Débora Pradella, Gabi Stricker, Luísa Rodrigues, e a paristada nova que sempre vem renovando e fazendo ser o PARTidão.

Também tenho que agradecer a parceria dos amigos com que tive o prazer de compartilhar minha graduação e os momentos mais legais desses últimos anos; sempre a companhia deles foi ótima e muito divertida. Excluídos da Shed, por motivos que só nos sabemos. Deixo um abraço ao Victor Marafon, Atílio, Everton, Renato, Beto, e Jean, todos amigos especiais, e que tenho certeza que terão um futuro brilhante. Espero que nossa amizade continue da mesma forma como a que mantemos nesse momento de saída da graduação.

Agradeço também à Vitória, Taísa, Fernanda, Gabriela, Ana Luíza, Larissa... todas mulheres que me ensinaram muito, e pelas quais tenho uma admiração enorme. Amigas que também partilham dos mesmos anseios de um mundo mais igual.

E incluo também toda a sala 2010.2. Turma muito especial, e que fez da minha aventura pelas terras catarinenses mais fácil, pelo acolhimento recebido. Tenho certeza que não poderia ter sido melhor turma!

Agradeço à Secretária Adjunta Sandra Faé e Cintia da prefeitura de São Paulo, por terem se mostrado abertas a auxiliar um pesquisador de outro estado, sempre solícitas nos atendimentos, mesmo que à distância. Fiquei muito feliz com esse tipo de retorno.

À equipe da 11ª Promotoria, que conviveu comigo nesse meu semestre bastante angustiante e atarefado de questões do curso; e ao Dr.º Rui, profissional exemplar e que encara seu ofício com muita seriedade; aprendi muito sob a sua tutoria.

Agradeço aos amigos e amigas de infância do Sousa Castro: Rodrigo Tippa, Lucas, Ricardo, Felipe, Jaqueline, Antônio, Bruna e Clarisse.

Agora deixo um recadinho especial aos SAJUS queridos. Priscilla, Bruna C., Bruna B., Nayara, Maila, João, Júlia, Eduardo C., Vanessa, vocês fazem da faculdade o ambiente mais fértil para um direito que sirva aos oprimidos; invertendo e questionando, por toda a prática, os institutos mais nefastos da nossa sociedade. O SAJU é amor.

Também ao PET. Rodrigo Chapecó, Sartoti, Renata, Murilo, Ana Maria, Carla, Renata, Marja, Victor Cavallini, SAJUS (Prizinha, Bruna, Maila, João, Contini), Sheide, Domitila, Glenda, Gaia, Diogo, Flávio, Inocente, Censi, nova/os pets... Vocês me receberam, mesmo eu desconhecendo a pesquisa, e me mostraram que ela pode ser muito importante. Compartilhar um ano com vocês na nossa salinha foi fantástico, e uma das decisões mais acertadas que fiz. A bolsa não ser pontual é um mero detalhe...

Agradeço à Professora Jeanine, pessoa muito culta e inteligente, e que mesmo assim é muito querida. O que parece ser incoerente, mas na academia essa duas qualidades acabam sendo inconciliáveis. Por isso, agradeço muito as tardes de quarta que compartilhou comigo nas reuniões do PET. Pessoas como você são muito necessárias a nossa faculdade. Muito obrigado.

Ao Professor Reinaldo, com quem tive o prazer de ter cursado duas disciplinas durante a graduação. O cuidado com as palavras é invejável, e suas aulas foram muito proveitosas, além de muito interessantes. Fiquei feliz em ter aceitado meu convite para a orientação, não poderia ter sido outra pessoa.

E, por fim, à chapa2-coletivo trans.for.mar-toca do gambá-colina: Gregório, Olga, Arthur Brotto, Teko, João Daniel, João Veronesi, Gustabo Bachtold, Ana Galvan, Roberta, Marília, Tamirys e a galera nova da chapa Movimento. Vocês compartilharam comigo dos mesmos sonhos na faculdade, e agora temos a possibilidade de expandi-los para fora do CCJ. Tenho o sentimento de ter conhecido as pessoas certas, que também fizeram das intermináveis reuniões e das festas mais bacanas saudosas lembranças.



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	11
1 POLÍTICAS PÚBLICAS A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL .....	14
1.1 Conceituação de políticas públicas .....	14
1.2 Políticas públicas na Constituição de 1988.....	18
1.3 Direito à saúde .....	24
2 POLÍTICAS DE REDUÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO ABUSIVO DE DROGAS.....	32
2.1 A política de redução de danos.....	32
2.2 Políticas paradigmas .....	38
2.3 Políticas de redução de danos no Brasil .....	41
3 O PROGRAMA “DE BRAÇOS ABERTOS”.....	46
3.1 O programa a partir de outro .....	46
3.2 “De braços abertos” como política de redução de danos.....	52
CONCLUSÃO .....	57
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	59
APÊNDICE B - ENTREVISTA .....	61
REFERÊNCIAS .....	66

## RESUMO

A política paulistana “De braços abertos” (Decreto n.º 55.067) foi instituída com a finalidade de prestar a reabilitação psicossocial a pessoas em situação de vulnerabilidade e uso abusivo de drogas. O escopo desse programa, analisado pelo presente estudo, é sob o paradigma da constitucionalização de direitos, no qual a saúde adquire o *status* de direito fundamental. Nesse sentido, dá-se ênfase à redução de danos como política de saúde, trazendo seu histórico no plano internacional e interno, bem como apresentando seus pressupostos, princípios e diretrizes, para que em seguida sejam apresentados a localização da redução de danos no ordenamento jurídico brasileiro e nas normas e programas de saúde. Evidencia-se que o decreto da prefeitura de São Paulo acerca do próprio programa “De braços abertos” possui estreita relação com o Programa Ação Coletiva de Trabalho, instituído pela Lei n.º 13.178, e que por meio da Lei n.º 13.689, passou a ser denominado Programa Operação Trabalho. Dessa forma, o Poder Público passou a dispor dos meios necessários para a implementação de uma política de redução de danos sobre drogas.

**Palavras-Chave:** “De braços abertos”. Redução de danos. Direito à saúde. Políticas públicas.

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho estuda a recente política pública de redução de danos que foi implantada pela Prefeitura de São Paulo, cuja intervenção, nesse primeiro momento, é pautada no território conhecido como “Cracolândia”. O programa “De braços abertos”, nome<sup>1</sup> originado pelo diálogo do Poder Público com as pessoas que se utilizam de substâncias psicoativas nas ruas Helvetia e Dino Bueno,<sup>2</sup> é regulamentado pelo Decreto Municipal nº 55.067 e tem como proposta a reabilitação psicossocial de seus participantes.

Antes, porém, de adentrar propriamente à análise legal do programa torna-se necessário compreender as políticas públicas. E nesse sentido é importante destacar que o seu estudo no Direito ainda é incipiente nas salas de aula; na graduação, o tema é pouco tratado no conteúdo programático das disciplinas lecionadas, embora inúmeros trabalhos acadêmicos se dediquem ao seu estudo jurídico. Os manuais de Direito Administrativo, por exemplo, parecem privilegiar tão somente o estudo legalista de alguns institutos, tais como contratos e atos administrativos, licitações, servidores públicos, concessões entre outros. Dessa forma, passam pelos bancos escolares diversos operadores de direito que se formam sem conhecer o complexo processo para a concretização de direitos sociais, muitas vezes analisados apenas pelo seu caráter histórico.

Maria Paula Dallari Bucci aduz que a política atua por meio de “expressões jurídico-institucionais”, e que as políticas públicas devem ter como pressuposto a formação do direito num ambiente essencialmente democrático. Nesse sentido, o estudo das políticas públicas, que já foi há algum tempo chamado, com certa limitação, de “política jurídica”, deve empreender esforços no sentido de compreender o fenômeno governamental por dentro do Direito, “com base nas

---

<sup>1</sup> FAÉ, Sandra. Entrevista concedida ao autor, em 11/06/2015, via telefone. A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no apêndice B desta monografia.

<sup>2</sup> ADORNO, Rubens Camargo Ferreira. Etnografia da cracolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.4, n.2, p.02, 2013.

categorias próprias desse campo” e sistematizar “condições, regras e instituições jurídicas necessárias a um Estado em desenvolvimento”.<sup>3</sup>

Com supedâneo no campo das políticas públicas esta pesquisa busca compreender o arcabouço normativo que legitima e dá suporte à formulação do programa “De Braços Abertos”. Para tanto, impõe-se como necessário o entendimento do que vem a ser as políticas públicas no contexto do Estado Constitucional, principalmente aquelas relacionadas ao direito fundamental à saúde, disposto na Constituição da República; sobretudo por que essa política se apresenta sob o viés da redução de danos às pessoas em situação de abuso de drogas.

A redução de danos se coloca como alternativa às medidas internação compulsória,<sup>4</sup> que se mostram muitas vezes higienistas<sup>5</sup>, e por isso há uma acirrada disputa em torno das políticas na área da saúde. O preceito aparece como proposta que se pauta pela autonomia daqueles que, mesmo em condição de extrema vulnerabilidade, possuem direitos que devem ser observados pelas autoridades e administradores públicos. Não bastasse isso, a redução de danos se apresenta como viável, sendo imbuída de pragmatismo e de um caráter realista para a minimização dos efeitos prejudiciais do uso abusivo de drogas. É o que se mostrará pelo relato da experiência internacional, que alcançou resultados expressivos na saúde. Ademais, ela se posiciona contrária ao punitivismo de qualquer sorte, que teve suas pretensões de combate às drogas fracassadas, mesmo por meio de uma ampla articulação internacional e belicista. A posição malograda dos países que apostaram nesse arranjo criminalizante começa a ser revista.

---

<sup>3</sup> BUCCI, Maria Paula Dallari. Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas. Saraiva, São Paulo, 2013, p. 33

<sup>4</sup> Medidas compreendidas na Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.

<sup>5</sup> A Lei a Internação Compulsória. Luiz Loccoman. Abril de 2012. Disponível em: [http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a\\_polemica\\_da\\_internacao\\_compulsoria.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_polemica_da_internacao_compulsoria.html)  
Acesso em: 15/06/2015

Sob esse contexto, o estudo do “De Braços Abertos” verificará as leis e decretos que colocam à disposição do Poder Público instrumentos necessários para a coordenação e gestão dessa política. É curioso, ainda, notar como a prefeitura de São Paulo formulou uma política de redução de danos a partir de outro programa (Programa Operação Trabalho-POT), o que se demonstrou válido, vez que ela tem competência para disciplinar as leis por meio de decretos e somente aprofundou uma das finalidades do POT, isto é, a reinserção e ocupação do trabalhador desempregado, priorizando as pessoas de baixa renda, e no caso do “De braços abertos” também pessoas em situação de rua e em situação de vulnerabilidade. Nesse caminho, a prefeitura de São Paulo demonstra, por meio dessa “ousadia”, coragem para encampar uma política de saúde humanizada.

# **1 POLÍTICAS PÚBLICAS A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

## **1.1 Conceituação de políticas públicas**

A legislação brasileira passa por uma transformação contextualizada na consolidação de um Estado Constitucional<sup>6</sup>. E é a partir dessa transição que um crescente número de juristas passaram a se interessar pelo estudo das políticas públicas. Maria Paula Dallari Bucci assevera ser a década de 90 o período em que a temática “ganha presença no universo do direito no Brasil”, para a “realização dos direitos sociais, com o tratamento ambicioso e generoso que lhes conferia a Constituição Federal de 1988”<sup>7</sup>. Não bastava a redemocratização do voto, era necessário também a econômica e social.

Por políticas públicas entende-se um complexo de decisões formuladas a partir do Estado, gestadas no seu interior e desenvolvidas por meio do aparelho institucional, visando à execução de um objetivo focalizado ou universal. Dessa forma, deve-se presumir um agir estatal em áreas ligadas à política e mesmo à economia. Não se confunde, no entanto, com a definição de políticas sociais, as quais são voltadas à proteção e à redistribuição dos benefícios sociais, visando à “diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico”.<sup>8</sup> A partir do exposto, é possível relacionar que essas decorrem daquelas.

Bucci assim define políticas públicas:

Políticas públicas são programas de ação governamental visando a coordenar os meios à disposição do Estado e a atividade privada, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente

---

<sup>6</sup> CRISTÓVAM, José Sérgio da Silva. O conceito de interesse público no Estado Constitucional de Direito: o novo regime jurídico administrativo e seus princípios constitucionais estruturantes. Tese apresentada na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. 2014 p.226

<sup>7</sup> BUCCI, Maria Paula Dallari. Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas. Saraiva, São Paulo, 2013, p. 25.

<sup>8</sup> JOHNSON, Guilherme Alfredo. Os alicerces das políticas públicas: adversidades as universalização In: Direitos Humanos, Diversidade e Movimentos Sociais: um diálogo necessário. André Luiz Faisting; Marisa de Fátima Lomba de Farias (organizadores). – Dourados : Ed. UFGD, 2011, p. 182

determinados. Políticas públicas são “metas coletivas conscientes” e, como tais, um problema de direito público, em sentido lato.<sup>9</sup>

Mais do que simplesmente a tomada de decisões e estruturação da máquina administrativa (“políticas intencionais”), políticas públicas também são os próprios meios de concretização e de materialização dos fins, estando atreladas a estágios de formulação, implementação, acompanhamento e avaliação de resultados.<sup>10</sup>

As políticas públicas guardam íntima relação com o Direito quando da constitucionalização dos direitos sociais, fenômeno que foi desencadeado pela promulgação da Constituição Federal, que os reconheceu enquanto direitos fundamentais.

Ainda que de reconhecida importância, elas não são sistematizadas no ordenamento jurídico brasileiro, não guardando uniformidade de formulação. E mesmo o termo seja largamente utilizado nas construções jurídicas e nos textos legais<sup>11</sup>, sua nomenclatura não guarda uma univocidade, podendo ser encontrada como “plano”, “programa” e mesmo somente “política”.

Além da conceituação apresentada é possível conceber políticas públicas, nas palavras de Pivetta, “como instrumentos de ação do Estado, que pressupõem planejamento e participação popular (direta ou indireta), articulando a atividade administrativa para a realização dos objetivos constitucional e legalmente traçados”.<sup>12</sup>

Tem-se do conceito acima apresentado três características:

(i) políticas públicas são instrumentos de ação do Estado que se voltam à concretização dos objetivos traçados pela Constituição e pela lei; (ii) sua conformidade à Constituição pressupõe um adequado planejamento e uma efetiva participação popular; (iii) através delas é articulada a atividade administrativa, de modo a obter-se um resultado

---

<sup>9</sup> BUCCI, Maria Paula Dallari. Direito Administrativo e Políticas Públicas. 1ª ed, 2ª tir. Belo Horizonte: Fórum, 2006.

<sup>10</sup> BUCCI Maria Paula Dallari. Idem, p. 182.

<sup>11</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer. Direito Fundamental à saúde: regime jurídico constitucional, políticas públicas e controle judicial. Dissertação. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

<sup>12</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer, Idem, p. 94.

ótimo em relação ao fim a ser alcançado.<sup>13</sup>

A primeira demonstra a obrigação positiva do Estado em garantir uma prestação prevista na Constituição e nas legislações infraconstitucionais. Espera-se, então, do Estado Constitucional não apenas os compreendidos direitos de primeira geração (liberdade, segurança...), mas também a intervenção necessária, para que sejam assegurados direitos fundamentais. O Estado, dessa forma, tem de intervir positivamente, não bastando atuar na repreensão de condutas contrárias a direitos patrimoniais, por exemplo, mas também buscando efetivar os direitos fundamentais dispostos na Constituição.<sup>14</sup>

O Poder Público tem a função de promoção das condições de acesso a bens previstos em normas constitucionais. Isso decorre do paradigma pós-positivista, que atribui aspectos normativos ao disposto na Constituição, vinculando os Poderes de Estado ao ordenamento jurídico. Com a transição de um Estado de Direito tipicamente liberal, para um Estado Constitucional de Direito, que coincide com o Estado Social ou de Bem-Estar, o Poder Público passa a se orientar pela coletividade, para o atingimento de objetivos predeterminados.

Como sintetiza Bucci:

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e o advento de políticas sociais de saúde, seguridade social e habitação, muito expressivo nos países da Europa e nos Estados Unidos, há um aprofundamento dessa alteração qualitativa das funções do Estado, que do plano da economia se irradia sobre o conteúdo social da noção de cidadania. O dado novo a caracterizar o Estado social, no qual passam a ter expressão os direitos dos grupos sociais e os direitos econômicos, é a existência de um modo de agir dos governos ordenado sob a forma de políticas públicas, um conceito mais amplo que o de serviço público, que abrange também as funções de coordenação e de fiscalização dos agentes públicos e privados.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer, *Idem*, p. 94.

<sup>14</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer, *Direito Fundamental... Op. Cit.*

<sup>15</sup> BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas Públicas e Direito Administrativo. *Revista de Informação Legislativa*. Brasília, 1997, p 91.



A segunda característica é na verdade um pressuposto da formulação de uma política pública: participação popular e planejamento. A participação popular decorre da característica democrática da Constituição advinda da chamada “transição democrática”, período posterior à ditadura militar; ao passo que o planejamento é elemento fundante de uma política pública, uma vez que é por meio dele que as finalidades são alcançadas com eficiência<sup>16</sup>.

O planejamento também é necessário para que qualquer cidadão possa visualizar o devido cumprimento de um dever constitucional. Ângela Cassia Costaldello, nesse sentido, ressalta a importância do planejamento estratégico, que deve estar associado ao processo de concretização da política pública. Ainda assevera a autora que a “**estratégia** está em reunir os vários elementos e **planejar** a ação administrativa vinculativa por certo tempo, independentemente da alternância dos titulares que exercem a tarefa de governar.”<sup>17</sup> Maria Paula Dallari Bucci coloca ainda a necessidade do planejamento acerca das políticas públicas para a realização de objetivos, que requerem um prazo longo para a consecução, mas que não podem se delongar demais, de tal modo que não se perca credibilidade no processo.<sup>18</sup>

A terceira característica “Políticas públicas articulam a atividade administrativa para que os objetivos constitucionais sejam alcançados de maneira ótima” demonstra a capacidade que o administrador público tem para manejar instrumentos jurídicos para concretizar os objetivos constitucionais. É o que se percebe quando da gestão do orçamento público, firmar parcerias com outros Entes e efetivar a realização de serviços públicos<sup>19</sup>.

Por fim, as políticas públicas não possuem um padrão rigoroso, por meio do qual possam integrar o sistema normativo. Não é dada a elas uma forma estrita, tampouco há limitação a uma única esfera de poder. Dessa forma, “uma política

---

<sup>16</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer, Idem p.96.

<sup>17</sup> COSTALDELLO, Ângela Cássia. Aportes para um ideário brasileiro de gestão pública: a função do controle externo. Revista de Direito Administrativo e Constitucional - A&C, ano 10, n. 40, p. 13-31, abr./jun. 2010, p. 21. *apud* PIVETTA, Saulo Lindorfer. Direito Fundamental à saúde: regime jurídico constitucional.

<sup>18</sup> BUCCI, Maria Paula Dallari. Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas. Saraiva, São Paulo, 2013, p. 33.

<sup>19</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer, Direito Fundamental... *Op. Cit.* p.97.

pública pode ser conformada no ordenamento jurídico por meio de normas de diversificados escalões: os objetivos e as linhas gerais da política, via de regra, estão elencados no texto constitucional, que por sua vez pode ser disciplinado por alguma espécie legislativa; a Administração Pública, em seu âmbito de competência, pode elaborar atos administrativos de caráter normativo que viabilizem o delineamento concreto da política”.<sup>20</sup>

## **1.2 Políticas públicas na Constituição de 1988**

No século XIX até o final da República Velha (1930), o Brasil estruturava sua economia essencialmente na exportação agrícola, marcada pela concentração de terras pelos grandes latifúndios; já no plano político, era de se notar as oligarquias e a ausência de planejamento central para uma política que não se restringisse à localidade. Daí a característica predominante desse período é de um Estado que não se apresentava como prestacional e interventor na política social. A política se limitava a um agir econômico, e mesmo assim desempenhava um papel tímido.

A “política social” brasileira nesse período se deu essencialmente por meio repressivo. É o que se pode depreender da célebre frase de Washington Luiz: “A questão social é questão de polícia”. As pontuais políticas de saúde se davam por meio de um poder local, não havendo um programa central para a sua efetivação, muitas vezes ocorrendo no âmbito de hospitais de caridade ligados às igrejas.<sup>21</sup>

No entanto, na década de 20, já eram perceptíveis os indícios de um *Welfare State* brasileiro – ainda que a sua função tenha sido muito mais para conter os movimentos operários no território nacional. Percebe-se que muito das demandas deflagradas pelos trabalhadores alçavam o caráter de direitos antes mesmo de serem objetos de grande mobilização: dessa forma o governo antecipava-se, restringindo a legitimidade das lideranças sindicais.

---

<sup>20</sup> PIVETTA, Idem, p. 97.

<sup>21</sup> JOHNSON, Guilherme Alfredo. Idem, p.184.

É possível afirmar que a partir da década de 30 iniciou-se a constituição propriamente de um *Welfare State* brasileiro – com a característica de ser restrita a extensão de direitos sociais. O caráter dessas políticas era eminentemente populista e desenvolvimentista, duas das características que marcam esse período.<sup>22</sup>

Na ditadura militar (1964-1985), ocorrida em decorrência de um pacto civil-militar, houve intensas reformas administrativas, dando ênfase ao planejamento direto e à reestruturação burocrática. As características marcantes desse período foram valorização do capital estrangeiro e mínima atuação em políticas voltadas às camadas populares; a política social desse período era fundada na crença de que o fortalecimento da política econômica implicaria o aumento da riqueza social e a redistribuição de renda. Só a partir de 1975 que o Estado passou a adotar políticas voltadas aos mais pobres. E isso veio a ocorrer em razão da crise da ditadura militar e da percepção de que era necessário angariar apoio político.<sup>23</sup>

Após a ditadura militar, veio a chamada “transição democrática”, que se caracterizou pela reorganização da Administração Pública, e passou por um processo de descentralização e de ampliação dos controles públicos e dos mecanismos de proteção social e político da população. Pela primeira vez na Constituição do Brasil, elencou-se a assistência social como direito fundamental. A denominada Constituição democrática foi associada pelos setores conservadores como uma tentativa frustrada de “remar contra a corrente” neoliberal dominante; também se via nela “propostas suecas com recursos moçambicanos”.

De maneira contrária, portou-se o governo à época à tendência social da Constituição. Tão logo fora promulgada a Constituição Federal, o Brasil se comprometeu por meio de acordos com o Banco Mundial e com o Fundo Monetário Internacional a encolher o sistema de proteção social, delegando-o a

---

<sup>22</sup> JOHNSON, Guilherme Alfredo. Os alicerces... *Op. Cit.* p. 185.

<sup>23</sup> JOHNSON, Guilherme Alfredo, Os alicerces... *Op. Cit.* p. 189

particulares.<sup>24</sup> Esse movimento de desestruturação é conhecido como “reforma do aparelho do Estado” e é marcado pela fragmentação do aparelho estatal e descentralização de responsabilidades. A defesa da diminuição do Estado utilizava dos argumentos presentes no pensamento liberal, que restringe a atividade estatal a um mínimo de serviços, além da “crise fiscal”, que se dá quando o Estado arrecada menos do que gasta, e isso engloba o custo com os serviços públicos.<sup>25</sup>

Nessa conjuntura, as políticas públicas encontraram dificuldades a sua efetivação, visto uma retração nas políticas sociais de maneira irrestrita. Notadamente é a partir desse quadro que se destaca a importância da atuação dos movimentos sociais na política nacional, uma vez que representam resistência às medidas de encolhimento dos direitos sociais, além de aprofundarem a participação política nos processos decisórios, ultrapassando os limites impostos pela democracia eleitoral. Repousa aí a necessidade de reforçar a autonomia dos fóruns e espaços dedicados aos movimentos sociais. Nessa esteira, as reivindicações da sociedade civil e dos movimentos sociais organizados guardam um efeito direto no aumento quantitativo e qualitativo das políticas públicas prestacionais.<sup>26</sup>

Após a promulgação da Constituição e a chamada “transição democrática”, houve profundas mudanças no ordenamento jurídico brasileiro. A partir da Constituição Federal de 1988, houve a ampliação do sentido de cidadania, não apenas compreendendo o direito ao voto, como também abarcando os diferentes segmentos da sociedade, principalmente aqueles sempre estiveram sempre à margem do direito.

A partir dela, foi reconhecido o caráter vinculativo e obrigatório das normas insertas no texto constitucional. A força jurídico-constitucional foi reforçada com a sua promulgação, uma vez que passou a ocupar o topo da hierarquia normativa. Com esse *status* a Constituição deixou de ser instrumento tão simplesmente conformador das demais normas, passando a determinar a atividade legislativa. É

---

<sup>24</sup> Ibidem, p.191.

<sup>25</sup> Ibidem, p. 194

<sup>26</sup> JOHNSON, Guilherme Alfredo. Os alicerces... *Op. Cit.* p 200.

a transição da chamada “superioridade da lei” para a “supremacia da Constituição”.<sup>27</sup>

A “Constitucionalização do Direito”, termo sugerido por José Joaquim Gomes Canotilho<sup>28</sup>, desemboca na Constituição dirigente: a Carta passa a dirigir as atividades do legislador e do administrador público, sujeitando-os ao crivo constitucional. Os Poderes constituídos passam a ter obrigações para com a consecução dos objetivos constitucionais.

Dessa forma, a Constituição passou a vincular inclusive a Administração Pública em obrigações positivas, visando a dar efetividade a direitos sociais e fundamentais previstos em seu texto. Efetividade que só alcançada com a formulação de políticas públicas voltadas à concretização desses direitos.

Muitas das vezes, a sociedade não tem participação assegurada em seu processo de formulação – e mesmo nos casos em que ela está prevista, acaba não sendo respeitada. Por sua vez, a elaboração acaba sendo centralizada pelo Poder Executivo, que em alguns momentos cede a setores de acordo com a pressão desses atores políticos, e pelo Poder Legislativo, que também em alguns momentos age de acordo com as reivindicações de grupos organizados. Esse excesso de centralização contribui para a elaboração de políticas distanciadas do que a sociedade espera da Administração<sup>29</sup>, e acabam por destoar das demandas populares.

É nesse ponto que parece necessário retomar a Constituição dirigente, enquanto instrumento balizador da atividade pública, de modo a estabelecer critérios que reduzam as decisões distantes das reais necessidades dos administrados ao mínimo possível.<sup>30</sup>

---

<sup>27</sup> JOHNSON, Guilherme Alfredo. Idem, p. 156.

<sup>28</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Constituição dirigente e vinculação do legislador: contributo para a compreensão das normas constitucionais programáticas. 2ª ed. Coimbra: Coimbra, 2001.

<sup>29</sup> DAL BOSCO, Maria Goretti; DALLA VALLE, Paulo Roberto. Novo conceito da discricionariedade em políticas públicas sob um olhar garantista, para assegurar direitos fundamentais. Disponível em: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br). Acesso: 14/06/2015, p. 13

<sup>30</sup> DAL BOSCO, Maria Goretti; DALLA VALLE, Paulo Roberto. Novo conceito... *Op. Cit.* p.14

A Constituição, nesse cenário, acaba por assumir função essencial para a efetivação dos direitos fundamentais. Ela serve de programa permanente para “a ação pública, dotada de mandamentos como justiça, igualdade e bem-estar social, o que vem determinado desde o preâmbulo, através do compromisso com a dignidade da pessoa humana”.<sup>31</sup>

É possível falar que há um controle sobre a atividade administrativa no Estado Democrático de Direito, já que há a submissão da Administração à ordem constitucional, e também em razão do princípio da legalidade. Isso significa dizer que a Administração Pública age a fim de garantir interesses que não os seus, e sim da coletividade: o que implica dizer que é essa coletividade quem deve decidir como efetivar os seus direitos.

Nesse contexto, a Administração Pública se encontra vinculada aos objetivos constitucionais. Notadamente, tal imposição recai sobre o dever de formular e implementar políticas públicas, que concentrarão os atos voltados à realização da finalidade constitucional, espalhando-se para todo o sistema.

As políticas públicas são conhecidas no campo da Administração Pública pela discricionariedade dos atos administrativos. Em algumas áreas há uma vinculação do administrador perante um comando: uma das exceções é na política orçamentária, em que há previsão expressa no texto legal para a destinação de recursos para a saúde e educação.<sup>32</sup>

No entanto, essa discricionariedade não libera o administrador das obrigações constitucionalmente previstas; há prioridades nas políticas públicas visando a assegurar a concretização de direitos fundamentais. Dessa forma, o administrador público só pode fixar sua agenda de gestão de maneira discricionária, após cumprir com o básico.<sup>33</sup>

Espera-se que a Administração Pública execute seus serviços de acordo com o estabelecido nas leis que a conformam, o que ocorre de modo inverso ao

---

<sup>31</sup> DAL BOSCO, Maria Goretti; DALLA VALLE, Paulo Roberto. Idem, p.14

<sup>32</sup> DAL BOSCO, Maria Goretti; DALLA VALLE, Paulo Roberto. Novo conceito... *Op. Cit.* p.15.

<sup>33</sup> DAL BOSCO, Maria Goretti; DALLA VALLE, Paulo Roberto. Idem, p. 18.

que se percebe no âmbito privado, em que se pode praticar tudo o que a lei não proíbe. A administração deve agir, portanto, de acordo com as previsões em lei.

Contudo, ainda que haja essa vinculação, há em determinados atos certa margem de decisão ao administrador, uma vez que se entende que é o agente público quem possui aptidão técnica e legitimidade para intervir em determinadas situações. É o que se entende por ato discricionário. Pode-se concluir que a discricionariedade é a presença da possibilidade de escolha, dentre as condutas previstas em lei; não apenas uma possibilidade de fato, mas também de direito.

No âmbito das políticas públicas há a chamada “discricionariedade vinculada”, visto que estão atreladas a um objetivo fundamental, resultado de um texto legal e que funciona como diretriz normativa.

O administrador público ao elencar as prioridades de atuação, para destinar o orçamento anual da estrutura administrativa, deve observar antes os índices de necessidades nas áreas de educação, saúde, transporte, lazer, por exemplo. De posse desses dados, terá ele “de propor a forma mais correta de investir os recursos públicos. Essa forma não será certamente a que deixar crianças sem escola ou serviços de saúde, enquanto destina recursos à construção de sofisticados prédios para o funcionamento da máquina administrativa”.<sup>34</sup>

A discricionariedade inclui a valoração pessoal por parte do administrador. Todavia, isso não implica dizer que é concedida total liberdade no exercício do poder decisório; se assim o fizer, haverá excessiva arbitrariedade, para não dizer abuso. Antes, deve haver a promoção do bem estar dos administrados, a igualdade de acesso às prestações públicas, o interesse público, que nada mais é que um conjunto de valores que orientam a Administração Pública.

A discricionariedade administrativa deve se orientar, portanto, sempre em função do interesse público. É dado ao Juiz, nessa esteira, controlar a aplicação desse conceito pela Administração Pública, o que não quer dizer um controle

---

<sup>34</sup> DAL BOSCO, Maria Goretti; DALLA VALLE, Paulo Roberto. Novo conceito... *Op. Cit.* p. 9.

absoluto, que possibilite uma troca de posição entre os poderes, fazendo com que o magistrado pudesse substituir inteiramente a apreciação do administrador.<sup>35</sup>

### 1.3 Direito à saúde

É possível encontrar ainda durante o século XIX as primeiras medidas que levaram a concretização do direito à saúde, decorrentes principalmente da acelerada urbanização promovida nas cidades e o acirramento do modo de produção capitalista. Nesse processo, as condições sanitárias se mostravam precárias nas cidades, facilitando a ocorrência de epidemias, que afetavam a saúde dos trabalhadores. Percebeu-se então a necessidade do Estado passar a intervir na saúde pública, a fim de possibilitar o desenvolvimento econômico.

No Brasil, o direito à saúde e, pontue-se, o direito à sua universalização (por meio do SUS), foi possível, também em razão do chamado movimento sanitarista que atuou institucionalmente na Constituinte de 1988, encampando a socialização desse mesmo direito.

“É nessa esteira da conquista progressiva do direito a certos serviços essenciais e, portanto, da conquista cada vez mais ampliada da cidadania, viabilizada por seu turno pela possibilidade teórica e real do exercício da contra-hegemonia, que os movimentos que tem uma relação orgânica com os interesse populares vêm construindo a ‘contrapolítica’ de Saúde e, concretamente, conquistando avanços objetivos em termos de incorporação e reorganização pelo Estado de novas práticas dirigidas ao atendimento de aspirações legítimas essenciais (tanto para a satisfação de necessidades majoritárias, quanto para asseguramento do consenso”.<sup>36</sup>

Naquele contexto, o sanitarismo, que em grande parte priorizava uma relação orgânica junto aos setores populares, deslocou sua atuação para a “construção institucional da política”. Dessa forma, estaria assegurado um novo

---

<sup>35</sup> DAL BOSCO, Maria Goretti; DALLA VALLE, Paulo Roberto. Idem, p.12.

<sup>36</sup> RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Saúde: promessas e limites da Constituição. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2003, p. 27.



contrato (Constituição), “em que conquistas cristalizavam-se em um novo patamar”.<sup>37</sup>

O direito à saúde, encartado na Constituição Federal, tem como pressuposto uma prestação estatal. Isso quer dizer que a Administração está vinculada a promover políticas positivas a fim de concretizar esse direito, principalmente por meio de medidas protetivas e assistenciais. Essas medidas não são restritas a indivíduos, e sim abrangem toda a coletividade.

Compreendido também como direito fundamental, além de direito social, o direito à saúde prevê a participação da sociedade na formulação de políticas necessárias a sua efetivação. A própria Constituição Federal estabeleceu em seu art. 198, que as ações e serviços de saúde conformarão um sistema único – o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como uma de suas diretrizes justamente a participação da comunidade (art. 198, inciso III).

O mesmo artigo 198 da Constituição Federal prevê em seu *caput* a disposição dos serviços de saúde em uma rede “regionalizada e hierarquizada”, constituindo, para tanto, um “sistema único”, organizado a partir da descentralização (“com direção única em cada esfera de governo”), atendimento integral (“com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”), e como mencionado “participação da comunidade”.

A regulamentação dessa rede, disposta na Constituição, deu-se com a Lei Orgânica de Saúde, que prevê a descentralização político-administrativa da gestão do SUS, nos seguintes termos:

Art. 4 – O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema único de Saúde (SUS).

Art. 7 – As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes prevista no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e

---

<sup>37</sup> RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Saúde: promessas... *Op. Cit.*, p. 28

coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios
- b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

Art. 8 – As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9 – A direção do Sistema único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II – no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III – no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.<sup>38</sup>

Dessa forma, a rede de saúde compreende União, Estados e Municípios de maneira hierarquizada e regionalizada, em níveis crescentes de complexidade. Os atendimentos que envolvem assistência básica de saúde ficam a cargo dos municípios, devido a maior proximidade com os administrados; atendimentos que demandam certa complexidade são de responsabilidade dos Estados; e, por fim, os que exigem ainda maior complexidade e cuidados são de atribuição da União. É de se observar dessa forma que mesmo os Entes tendo competência comum para o cuidado com a saúde, os esforços não são indistintos, o que geraria gasto de recursos desnecessários.

O direito à saúde gera, ademais, obrigações positivas para esses mesmos Entes, como a criação de leitos, a compra e distribuição de medicamentos, a construção de postos de saúde, hospitais e enfermarias, assim como de instituir CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Deveres esses que impelem o administrador público a efetivar essas medidas para a ampliação da saúde pública.

---

<sup>38</sup> BRASIL. Lei Orgânica de Saúde n. 8.080/1990

O art. 196 da Constituição da República expressa a dupla função do direito à saúde:

“Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação ”.<sup>39</sup>

A partir desse dispositivo, é possível notar que a o Estado deve i) garantir a proteção (“políticas que visem à redução do risco de doença”) e ii) promover o direito à saúde (“políticas que visam ao acesso universal e igualitário às ações e serviços”).<sup>40</sup>

Como apresentado no subitem anterior, a Administração Pública está vinculada à concretização dos direitos fundamentais, ainda que detenha liberdade para otimizar a efetivação desses direitos. O mesmo se dá em relação ao direito à saúde. A Constituição Federal, ou mesmo as leis que cuidam da matéria, não abarcam todas as possibilidades para a concretização do direito à saúde. Não há, pois, um limite claro entre a vinculação e a discricionariedade no agir do Estado.<sup>41</sup>

A competência vinculada estaria relacionada à previsão prévia da norma diante de um fato, impondo uma única possibilidade de comportamento. Por sua vez, a competência discricionária confere ao administrador uma margem de atuação ante uma hipótese prevista. Dessa forma, cabe a ele agir em consonância com o binômio conveniência e oportunidade.

Um exemplo que elucida a discricionariedade administrativa no direito à saúde é o de que a Constituição não vincula o agir do administrador a ponto de prever as prestações específicas. No entanto, é de se conceber que o administrador não goza de irrestrita liberdade, não podendo se omitir diante uma ameaça ao direito à saúde. Daí a discricionariedade ser limitada.

---

<sup>39</sup> BRASIL. Constituição Federal da República de 1988

<sup>40</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer, *Direito Fundamental... Op. Cit*, p.45

<sup>41</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer, *Idem*, p. 87.

Estar vinculado à Constituição, não habilita ao administrador opções de realizar ou não um comando constitucional. Uma vez reconhecido o direito à saúde entre os direitos fundamentais, não resta alternativa que não efetivá-lo, por meio de uma política pública. É o que impõe o art. 196 da CF. As políticas públicas aqui demonstram o caráter positivo das condutas do Estado para a concretização de direitos sociais.<sup>42</sup>

Portanto, é de se concluir que a discricionariedade na efetivação do direito à saúde é de limitada apreciação, cabendo ao Poder Público cumpri-la de acordo com as normas de direito. O que não vincula o administrador de maneira absoluta, havendo margem de liberdade, por exemplo, para que se possa avaliar a implementação das políticas públicas e seus resultados, a fim de otimizá-las. Além disso, os avanços nas áreas sanitárias e o desenvolvimento de tecnologias voltadas para o tratamento devem ser constantemente consideradas para a prestação do serviço público, buscando otimizar a promoção da saúde.<sup>43</sup>

Buscando conformar a estratégia de saúde nacional com o direito fundamental à saúde, sistematizou-se o Plano Nacional de Saúde (PNS) para o período de 2012-2015. Dessa forma, o Ministério da Saúde, com a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde – SUS - de caráter permanente e deliberativo, traçou um planejamento para a área da saúde que não se restringe ao plano federal, devendo ser observado pelos demais Entes. O Plano não se constitui em lei no sentido formal da aceção, vez que não obedeceu a um processo legislativo. No entanto, serviu de baliza para a formulação do plano plurianual para a saúde. Nas palavras de Saulo Pivetta:

Nota-se que da forma como está redigido, o PNS constitui, na verdade, um vetor geral que orienta as políticas específicas a serem encampadas pelos gestores públicos (em todos os níveis da federação). O PNS reúne informações essenciais, que conformam um grande diagnóstico da saúde pública no Brasil, avaliando quais medidas apresentaram resultados satisfatórios e o que precisa ser feito para que melhores níveis sanitários sejam alcançados. Trata-se de fundamental levantamento, que informa e orienta as decisões legislativas e

---

<sup>42</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer, *Direito Fundamental... Op. Cit*, p.91.

<sup>43</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer, *Idem* p. 91.

administrativas a serem tomadas no processo de definição dos contornos concretos que deverá assumir o conteúdo do direito à saúde. Não se trata, igualmente, de documento exclusivamente técnico. O PNS é resultado de amplo debate promovido entre gestores públicos, profissionais de diversas áreas (médica, administrativa, jurídica) e cidadãos, como se apreende do próprio texto do Plano. O documento, portanto, expressa juridicamente uma série de decisões políticas tomadas por agentes do Estado em articulação com a sociedade civil.<sup>44</sup>

A ausência da forma de lei do Plano Nacional de Saúde, no entanto, não incorre na liberação do Administrador em observá-la. Eros Roberto Grau entende que os planos tem natureza de norma-objetivo, isto é, preveem diretrizes e metas ao invés de uma conduta. Dessa forma, o Plano não exige a observância ou ausência de condutas, mas a persecução de objetivos.<sup>45</sup> É importante frisar que o plano não é meramente autorizativo, já que vincula a administração a diretrizes e prioridades de gestão. No entanto, as normas do plano são maleáveis, na medida em que o gestor deverá adaptá-lo a sua realidade concreta.

Embora se trate de um plano, e as normas do PNS serem classificadas como normas-objetivo, isso não implica dizer que elas não sejam aplicáveis e possuam juridicidade. As normas previstas no plano vinculam a Administração, de tal sorte que não é dado ao administrador o descumprimento de suas previsões. Há, portanto, uma limitação do poder decisório do administrador e do Poder Público; dessa forma não haverá margem a arbitrariedades na escolha das prioridades da Administração.

Ainda no âmbito do direito à saúde, é possível notar que o Plano detalha os principais objetivos, conforme o que se depreende da CF. Há aqui a preocupação em efetivar os resultados planejados em um limite previsto, assim como as medidas a serem adotadas para a consecução das finalidades almejadas.<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer, Idem, p.106.

<sup>45</sup> GRAU, Eros Roberto. Planejamento econômico e regra jurídica. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1978, p. 62 *apud* PIVETTA, Saulo Lindorfer. Direito Fundamental à saúde: regime jurídico constitucional, políticas públicas e controle judicial. Dissertação. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013, P. 107.

<sup>46</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer, Idem, p.108.

Assim, no caso do PNS, aquelas metas concretas elencadas deverão em princípio ser executadas pela Administração Pública – trata-se de competência vinculada. Seu descumprimento enseja a possibilidade de controle judicial, especialmente através de ações coletivas, haja vista que a própria Administração já restringiu sua esfera de apreciação discricionária naquelas hipóteses. Mostra-se possível, portanto, compelir o Poder Público a realizar as condutas às quais ele mesmo se obrigou.<sup>47</sup>

Por fim, tendo em vista o princípio da moralidade, que pressupõem previsibilidade, boa-fé e lealdade, fica vedado ao administrador público desrespeitar as normas inicialmente propostas por ele mesmo. Dessa forma, é inconcebível que o PNS não seja cumprido, representando uma carta vazia e manipulável da maneira que o apraz.<sup>48</sup>

Isso não quer dizer que as metas do PNS não possam ser reprogramadas conforme a contingência, haja vista a flexibilidade conforme a realidade que se apresenta em momento posterior à elaboração do documento. É claro que isso deve se dar motivadamente.<sup>49</sup>

É importante destacar que o Plano Nacional de Saúde<sup>50</sup> 2012-2015 prevê na diretriz quatro o “Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência do crack e outras drogas” que deverá ocorrer da seguinte forma:

O fortalecimento dessa rede compreenderá a ampliação do acesso e a qualificação/ diversificação do tratamento a usuários e dependentes do álcool, crack e outras drogas, bem como o atendimento de seus familiares. Para tanto, serão estratégias fundamentais:

O acolhimento dos usuários com oferta de cuidados básicos em saúde mental, bem assim a mobilização da rede social de cuidado  
A expansão dos consultórios de rua, com equipe multidisciplinar volante para atendimento às pessoas em situação de rua, com desenvolvimento de ações de prevenção, **redução de danos**, promoção e cuidados básicos em saúde.

---

<sup>47</sup> Ibidem, p. 108.

<sup>48</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer, *Direito Fundamental... Op. Cit.* p.109.

<sup>49</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer, *Idem*, p. 110.

<sup>50</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015/ Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – Brasília: Ministério da Saúde, 2011, p.78.

Nesse sentido, deverá ser ampliado o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como implantados as unidades de acolhimento; aumentando o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para retaguarda aos atendimentos de urgência e emergência em saúde mental; criação de protocolos de atendimento; implantação de pontos telessaúde nas unidades de atenção à saúde mental álcool, crack e outras drogas; desenvolvimento de ações de formação e educação permanente para o trabalho. Serão desenvolvidas também campanhas de comunicação e educação relacionadas à prevenção da dependência de drogas e ao fortalecimento da rede de saúde mental, com foco para a população adolescente e jovem.

E é exatamente no próximo capítulo que será abordado essa frente do PNS denominada de política de redução de danos, pilar do programa “De braços abertos”. Nele, pretendemos expor os pressupostos da redução de danos, bem como a sua origem e concepção no plano internacional, e a sua inserção entre as políticas de saúde no Brasil.

## 2 POLÍTICAS DE REDUÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO ABUSIVO DE DROGAS

### 2.1 A política de redução de danos

A política de redução de danos pode ser definida como um “conjunto de estratégias que visam minimizar os danos causados pelo uso de diferentes drogas sem necessariamente exigir a abstinências do seu uso”<sup>51</sup>. Nessa perspectiva, são levados em conta “a complexidade do fenômeno, a diversidade das substâncias e seus usos e as particularidades sociais, culturais e psicológicas dos usuários”<sup>52</sup>, a fim de individualizar os riscos do consumo de drogas, por meio da individualização no tratamento.

As drogas não surgiram de um momento para outro na história dos povos. Elas sempre os acompanharam, seja por meio das práticas e rituais religiosos, fatores culturais ou mesmo o uso recreativo das substâncias psicoativas. E é a partir dessa perspectiva que a política de redução de danos encontra seu principal pressuposto, e é daí que se depreende outra certeza: *a pretensão de um mundo livre de drogas não passa de uma quimera*.<sup>53</sup>

Outra característica da Redução de Danos, que a difere sobremaneira da perspectiva punitivista de combate às drogas, é que as intervenções no consumo e na convivência com a droga não se dão com o fim da abstinência do usuário e da produção e comércio. A centralidade do seu pragmatismo enseja, como o próprio nome sugere, a minimizar os problemas decorrentes do consumo e a morbidez causadas pelo vício. Dessa forma, a redução de danos concebe ser possível que o cidadão consuma drogas, desde que haja considerável minimização dos danos à saúde física e mental do usuário e a manutenção de um vínculo social e familiar.

A perspectiva punitivista, conforme diversos especialistas do assunto, demonstrou-se ineficaz – exemplos históricos não faltam, como é o caso da proibição de venda de bebidas alcoólicas nos Estados Unidos. E mesmo o *War of*

---

<sup>51</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas. São Paulo: Editora Saraiva, 2013.

<sup>52</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos... *Op. Cit.*, p.45.

<sup>53</sup> RIBEIRO, p.46.



*drug* não alcançou o fim pretendido: eliminar o consumo de drogas. Pelo contrário, é sabido que o consumo nos últimos anos só tem aumentado.

Dessa forma, a disponibilização de informações sobre as drogas, ao invés de uma postura muitas vezes apenas moralizante, mostra-se mais eficaz para a saúde das pessoas.<sup>54</sup> Macrae assevera que a prevenção e o controle dos efeitos danosos das substâncias psicoativas são mais desejáveis que o proibicionismo de combate às drogas.<sup>55</sup>

Outro aspecto a se destacar é que a Redução de Danos busca a consciência do indivíduo sobre o consumo de drogas, a fim de que conheça seus efeitos a partir de um cenário de riscos à saúde. A Redução de Danos aparece, portanto, como estratégia pedagógica a fim de que os indivíduos tomem decisões com responsabilidades diante do consumo de drogas.<sup>56</sup>

A abordagem da política de Redução de Danos pressupõe que o indivíduo que participa voluntariamente de seu método tem direito sobre o conhecimento científico atualizado, bem como são capazes de suas escolhas.<sup>57</sup> Esse paradigma, pois, encontra-se muito mais próximo da área da saúde ao invés do combate às drogas. A análise sobre a intervenção se dá mais nas ações, valorizando os resultados parciais que aparecem a fim de se alcançar uma vida saudável.<sup>58</sup>

A partir desse viés, que contribui por manter os laços familiares-sociais do usuário, o reconhecimento desse cidadão deixa de ser por uma “rotulagem sociocultural que assumiu como estigma, maconheiro, louco, delinquente, bandido, pária, marginal, para assumir-se como um cidadão de direitos,

---

<sup>54</sup> LABATE, Beatriz Caiuby; FIORE, Maurício; GOULART, Sandra Lucia Goulart. In: LABATE, B. C. (orgs.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. P. 23

<sup>55</sup> MACRAE, Edward. *A Subcultura da Droga e Prevenção*. Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, 2003.

<sup>56</sup> ZEMEL, Maria de Lurdes S. *Prevenção: novas formas de pensar e enfrentar o problema*. In: BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. 3ª Ed. Brasília: SENAD, 2010. P. 142.

<sup>57</sup> SOUZA, Kátia Mendes de; MONTEIRO, Simone. *A abordagem de redução de danos em espaços educativos não-formais: um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro, Brasil*. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v.15, n.38 (2011). P. 836.

<sup>58</sup> MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da e ANDREOLI, Sérgio Baxter. *Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.11, n.3. P. 807

protagonista de reivindicações de seu contexto social e responsável pela implementação das modificações necessárias para a melhoria de sua vida pessoal e relacional”.<sup>59</sup>

As políticas públicas de Redução de Danos sobre drogas têm por postura ética, sobretudo, o respeito à dignidade da pessoa humana; ainda elenca como princípio a autonomia, condicionando-se pelo ato voluntário para a sua reabilitação.

Tais princípios não são infundados, encontrando amparo no ordenamento jurídico brasileiro. A Constituição Federal democrática teve papel decisivo para a transição de um Estado autoritário para um Estado Democrático de Direito, elevando o número de garantias e direitos, além de alargar os direitos fundamentais, como a cidadania e a dignidade da pessoa humana.<sup>60</sup>

Outras normas também exercem influência para a formação de políticas de redução de danos. É o caso da Política Nacional de Drogas e a própria Lei 11.343/06, reconhecida por Lei de Drogas, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas.

A Política Nacional sobre Drogas concebe a Política de Redução de Danos de maneira expressa para a intervenção do Poder Público, abarcando-a em diversos itens. É o caso, por exemplo, do item 3: “A promoção de **estratégia e ações de redução de danos**, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intrassetorial, visando à redução de riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e **outras drogas para a pessoa**” (em destaque). Em outros pontos da PNAD também há referências: “3.2.1 Reconhecer a estratégia da redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos; 3.2.3 Diminuir o impacto dos problemas socioeconômicos, culturais e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas; 3.2.4 Orientar e estabelecer, com embasamento científico, intervenções e ações de redução de danos,

---

<sup>59</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos... *Op. Cit.*, p. 47.

<sup>60</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos... *Op. Cit.*, p. 59.

considerando a qualidade de vida, o bem-estar individual e comunitário, as características locais, o contexto de vulnerabilidade e o risco social.”<sup>61</sup>

Por sua vez, ainda que a Lei de Drogas (11.343/2006) predominantemente se coloque no campo de uma política punitivista e de combate às drogas no modelo norte-americano do *War of drugs*, é possível encontrar princípios que vão ao encontro da política de redução de danos. Essa verificação é possível no art. 4º e incisos. No primeiro, diz-se que o Sistema se fundamenta no “respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente à sua autonomia e à sua liberdade; no segundo o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes; e no terceiro a promoção de valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados. Ainda é possível encontrar no capítulo II da mesma Lei, no art. 22, inciso II: a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais.”<sup>62</sup>

As políticas de Redução de danos têm por critério determinante para as suas ações a **vulnerabilidade**. O conceito de vulnerabilidade perpassa a situação de fragilidade em que se encontram indivíduos ou determinadas comunidades do ponto de vista jurídico ou econômico-social, para a concretização dos direitos fundamentais inerentes.<sup>63</sup>

A partir da assimilação da vulnerabilidade é possível “a identificação dos usuários mais propensos aos danos decorrentes do uso, tanto físicos como sociais, como também, na dimensão social, de grupos de maior vulnerabilidade.”

<sup>64</sup> Isso contribui para a efetividade da política pública de redução de danos, porque a realidade em que ocorre a intervenção se apresenta como tangível; e o

---

<sup>61</sup> Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Disponível em: [http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/legislacao\\_no\\_brasil.pdf](http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/legislacao_no_brasil.pdf)

<sup>62</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos... *Op. Cit.*, p. 61

<sup>63</sup> CAVALLARI, Celi; SODELLI, Marcelo. Redução de danos e vulnerabilidade enquanto estratégia preventiva nas escolas. In: SEIBEL, Sérgio Dario (Org.). Dependência de Drogas. São Paulo. Atheneu, 2010, p.801 *apud* RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas. São Paulo: Editora Saraiva, 2013, p. 62

<sup>64</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. *Idem*, p. 64

plano de intervenção representará melhor as medidas a serem tomadas a fim de alcançar seu objetivo traçado. Para se aferir a vulnerabilidade, por exemplo, torna-se necessário considerar o gênero, idade, escolaridade, drogas de eleição, comorbidades das pessoas que se submetem voluntariamente à política.<sup>65</sup>

A Política Nacional sobre Drogas prevê o estudo da vulnerabilidade como requisito para a intervenção do Estado; isso demonstra a cautela necessária em identificar quem está em situação de uso abusivo, e quem não está nessa situação. E, além disso, como diretriz prevê “orientar e estabelecer, com embasamento científico, intervenções e ações de redução de danos, considerando a qualidade de vida, o bem-estar individual e comunitário, as características locais, o contexto de vulnerabilidade e o risco social”<sup>66</sup>

A Lei de Drogas (11.343/2006) também utiliza do mesmo critério – a vulnerabilidade – em seu Capítulo I do Título II. É o que se nota no seu artigo 4º:

II - o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;

III - a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados;

IX - a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;<sup>67</sup>

Igualmente, o seu art. 18 demonstra de maneira clara como esse critério guarda considerável importância para o planejamento de ações estratégicas de intervenção:

---

<sup>65</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Idem, p. 64.

<sup>66</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos... *Op. Cit.*, p. 65.

<sup>67</sup> BRASIL, Lei 11.343/2006.

Art. 18. Constituem atividades de prevenção do uso indevido de drogas, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção.<sup>68</sup>

Na mesma Lei, no art. 22, é possível perceber as diretrizes adotadas pelo SINAD para a prevenção e atenção dispensada para as pessoas em uso de drogas, ou toxicodependentes, para a reinserção social:

Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;<sup>69</sup>

A partir das normas expostas é possível dimensionar a grande importância dedicada ao estudo da vulnerabilidade para a identificação do dano no consumo de drogas, e para o planejamento de medidas interventivas eficazes a fim de resguardar o direito à saúde.

---

<sup>68</sup> BRASIL, Lei 11.343/2006

<sup>69</sup> BRASIL, Lei 11.343/2006.

## 2.2 Políticas paradigmas

A primeira política de Redução de Danos remonta ao *Relatório Rolleston*, elaborado na Inglaterra em 1926 a pedido do governo. Ele estabeleceu uma política que buscasse a readaptação dos usuários de drogas e a reinserção social; autorizava-se, por exemplo, a prescrição de opiáceos para mitigar os efeitos prejudiciais à saúde dos adictos a drogas como o ópio.<sup>70</sup>

No entanto, o salto de reconhecimento dessas políticas só ocorreu décadas depois, na Holanda em 1986. Em meio à grande contaminação por doenças infectocontagiosas como Hepatite e AIDS, começou-se a distribuir seringas para os usuários de drogas injetáveis, a fim de reduzir os casos de contaminação pelo compartilhamento de seringas. Já em 1976 na Holanda, percebeu-se a necessidade de classificar as drogas em “drogas leves” (maconha e haxixe) e “drogas pesadas” (cocaína, heroína, por exemplo) diferenciando os riscos de danos decorrentes do seu consumo.<sup>71</sup>

Mais tarde, países como Austrália, Canadá e mesmo EUA, além de outros países europeus, iniciaram programas semelhantes, com algumas particularidades ou limitações, uns com medidas mais contidas que outros. A partir da percepção de resultados positivos, as políticas de redução de danos passaram a conquistar aliados no campo da saúde, como cientistas e autoridades na medicina, assim como políticos que enxergam nessa perspectiva uma melhora no quadro de saúde dos seus países e a diminuição de doenças relacionadas ao uso. Para contextualizar com o cenário internacional, o Observatório Europeu de Drogas e Toxicodependências confeccionou documento no ano de 2005, que mapeou a adoção das políticas de Redução por sete países desde 1999 (Bélgica, França, Luxemburgo, Polônia, Portugal, Eslovênia e Finlândia).<sup>72</sup>

---

<sup>70</sup> QUEIROZ, I. S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicol. cienc.*, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2001.

<sup>71</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos... *Op. Cit.*, p.48

<sup>72</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. *Idem*, p.50.

Nesse sentido, é relevante atribuir destaque à política portuguesa de Redução de danos. Ainda que aquela sociedade possua forte influência religiosa, foi nesse país que se desenvolveu um dos mais bem estruturados programas sobre drogas que se tem notícia. Foi lá que ocorreu há quatorze anos a descriminalização do porte de pequena quantidade de droga, que se estende inclusive às consideradas drogas pesadas.<sup>73</sup> Importante destacar que no Brasil, o porte ainda é considerado crime; o que ocorreu em 2006 foi apenas a criação de medidas despenalizadoras.

Em Portugal, o porte passou a ser considerado infração administrativa, deixando de ser conduta prevista como crime. Na prática, essa nova postura frente às drogas impulsionou uma nova relação do Estado com o usuário dessas substâncias: o que era antes uma relação de cadeia e polícia, passou a ser uma questão de saúde. Nas palavras de Maurides Ribeiro:

Esse reenquadramento legal permitiu a implantação de um vasto leque de medidas em Áreas como a prevenção e educação, o tratamento e assistência na reinserção social das pessoas que usam drogas, sem estigmatiza-las pela criminalização de suas conduta e, com isso, sem amendrontá-las na busca de auxílio. Por outro lado, os agentes, públicos e privados, integrantes dos serviços de atenção que trabalham nessa área deixaram de temer pela segurança jurídica de ações que praticam uma vez que, sob o regime anterior, lhes era frequentemente imputado o delito de auxílio ao uso de drogas.<sup>74</sup>

Como já explanado no item um do presente capítulo, a Redução de Danos tem como fundamento uma postura ética-humanista, que visualiza o usuário de drogas como uma pessoa enfeixada de direitos fundamentais, sujeito de direitos condignos com a humanidade e sensibilidade inerente ao gênero humano. Esse sujeito passa a ser protagonista em sua recuperação, e também corresponsável para o seu tratamento, respeitada a sua autonomia e limites pessoais. A perspectiva individualizada passa a ser condição para a efetividade da política de drogas, não mais a partir de um homem abstrato, como quer o direito penal.

---

<sup>73</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos... *Op. Cit.*, p. 104.

<sup>74</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. *Idem*, p. 105.

A partir desse novo paradigma, Portugal passou a adotar uma nova estratégia para as políticas de drogas, retirando-a do campo criminal e passando para as áreas da assistência social e da saúde. Com isso, as intervenções para com as drogas, formuladas pelo Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT), e estruturadas no documento denominado “Política Nacional de Drogas”, passaram a se focalizar nos quatro eixos: “prevenção, dissuasão e redução de riscos e danos, tratamento e reinserção social”<sup>75</sup>.

O primeiro eixo, o preventivo, consiste na informação do usuário, quer seja principalmente por meio de campanhas que os conscientizem sobre os riscos no consumo de drogas. Como tática, não se busca de imediato um considerável alcance, por meio da televisão, por exemplo, visto que dessa forma o efeito produzido pode ser reverso ao esperado, podendo ocasionar repulsa na sociedade. As ações são focalizadas nos públicos mais vulneráveis e em alguns segmentos da população (estudantes universitários, desempregados, etc).<sup>76</sup>

Já o segundo, o de dissuasão, operacionaliza-se pelas Comissões para a Dissuasão de Toxicodependência. A atuação deixa de ser pela prevenção, visto que as pessoas para lá encaminhadas foram identificadas pelo uso de drogas. Grosso modo, nesses centros procura-se na primeira vez em que a pessoa é recebida levantar a problemática envolvendo o consumo, como a motivação do uso, frequência, na busca de medir a dependência da droga – momento em que não é imposta sanção de qualquer natureza. No caso de reincidência, no entanto, haverá a aplicação de restrição de direitos, que podem ser a prestação pecuniária ou de serviços comunitários. Só em caso de não cumprimento dessas medidas poderá haver alguma responsabilização no campo penal, por desobediência.<sup>77</sup>

O eixo de tratamento se dá por meio de um sistema público, podendo ser ou em clínicas ou em unidades terapêuticas referenciadas pelo IDT. De acordo com RIBEIRO, o modelo de tratamento é notadamente ambulatorial com possibilidade

---

<sup>75</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos... *Op. Cit.*, p. 106.

<sup>76</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. *Idem*, p. 106.

<sup>77</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. *Idem*, p. 107.



de internação, quando indicada, especialmente, para desintoxicação e por períodos de, no máximo, duas semanas.<sup>78</sup>

O último eixo é o da reinserção social. Ela visa à principalmente qualificação e capacitação das pessoas para o trabalho e à recolocação delas no mercado – para isso, há estímulos às empresas que contratarem essa mão-de-obra. A partir desse eixo, é constatada a necessidade de quem se submete ao tratamento morar próximo às unidades de saúde; dessa forma, são disponibilizados apartamentos enquanto durar esse período.<sup>79</sup>

Apesar das críticas que existiram no momento de implementação da Política de Redução de Danos em Portugal, dirigidas principalmente pelos setores conservadores da sociedade, a existência por mais de dez anos do programa foi capaz de invalidar a hipótese de que haveria o aumento no consumo de drogas – houve uma ligeira manutenção dos quadros, com a diminuição no consumo de acordo com algumas faixas. É importante destacar que o consumo de drogas em Portugal segue abaixo do nível europeu. E foi em função dessa experiência exitosa, que a quase totalidade da população de Portugal hoje aprova os princípios do programa, em detrimento da antiga política proibicionista.<sup>80</sup>

### **2.3 Políticas de redução de danos no Brasil**

No Brasil, a política de redução de danos foi formulada pela primeira vez na cidade de Santos: por ser uma cidade portuária, era rota de drogas para os outros mercados, havendo por isso grande circulação de drogas injetáveis. Percebeu-se que as seringas utilizadas para a aplicação da droga eram responsáveis diretas pelo aumento dos casos de AIDS em Santos, vez que eram compartilhadas pelos usuários – dados revelam que na década de 1990, quase a metade das infecções pelo vírus naquela cidade decorria das drogas

---

<sup>78</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Idem, p.108.

<sup>79</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos... *Op. Cit.*, p. 109.

<sup>80</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Idem, p. 109.

injetáveis,<sup>81</sup> percentual discrepante em comparativo ao índice nacional, de 27,9%.<sup>82</sup>

Em razão disso, a Prefeitura de Santos, em 1989, formulou o programa de redução de danos pioneiro no Brasil.<sup>83</sup> A intervenção consistia na troca de seringas, a partir da devolução das já utilizadas – PTS (Programa de Troca de Seringas). No entanto, a Polícia e o Ministério Público viram nessa distribuição condutas dispostas no art. 12 parágrafo segundo, I e III da Lei de Entorpecentes vigente à época (Lei 6.368/76), havendo a interrupção do projeto em razão de medida judicial.<sup>84</sup>

2º Nas mesmas penas incorre, ainda, quem:

I – induz, instiga ou axília alguém a usar entorpecente ou substância que determine dependência física ou psíquica

III – contribui de qualquer forma para incentivar ou difundir o uso indevido ou o tráfico ilícito de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

A partir daí o preceito de redução de danos teve de encampar ações que viessem a sensibilizar a opinião pública e a compreensão dos agentes públicos sobre os seus fins, a fim de dissuadi-los de que essa política se confundia com medidas de estímulo ao consumo de drogas.

Outros Estados tentaram implementar política semelhante àquela de Santos. São Paulo, por meio do Programa DST/AIDS, formulou um programa de redução de danos que previa entre suas ações a troca de seringas – o programa também foi questionado judicialmente, não sendo possível sua implementação naquele

---

<sup>81</sup> MESQUITA, Fábio et. al. Aids entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990. In: A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente a epidemia de HIV Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p.15.

<sup>82</sup> MALISKA, Isabel Cristina Alves. A implantação das políticas públicas de saúde em aids no município de Florianópolis- SC: um estudo do período de 1986 a 2010. Tese defendida na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2012, p. 155.

<sup>83</sup> Passos, E. H. & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23, 154.

<sup>84</sup> BUENO, R. Estratégias de Redução de Danos em Santos, SP. In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. F. (Orgs.) Troca de seringas: Drogas e Aids. Ciência, Debate e Saúde Pública. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

momento. Seis anos depois, em Salvador, um programa conseguiu ser operacionalizado com a troca de seringas. Isso ocorreu em meio a numerosos debates, e a sua aplicação na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia contribuiu decisivamente para a sua aceitação.<sup>85</sup>

Em Santa Catarina, a discussão sobre a redução de danos se deu pela primeira vez no Seminário Nacional de prevenção ao HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis, promovido pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina em 1993. Naquele momento, a redução ainda não foi incorporada como estratégia de saúde, como atualmente, e sim como projeto.<sup>86</sup>

As reações em Florianópolis à proposta foram as mais diversas, passando muito até pela desinformação da forma de contágio da AIDS.

“Os casos de aids em usuários de drogas no município de Florianópolis chegaram a ser considerados pelas autoridades locais não como um problema de saúde pública, mas como um problema de polícia, que deveria ser combatido na forma da lei. Esta percepção pode ser ilustrada pelo caso da “Gangue da Aids” ou do “Pacto de morte” noticiado pelos principais jornais locais no ano de 1987, a respeito de um grupo de jovens que eram usuários de drogas injetáveis e que se supôs transmitirem propositadamente o vírus HIV em seringas contaminadas pelo uso de cocaína.

Em relação a este evento, segundo análise de Amorim (2009), os jovens que participavam do suposto “Pacto de morte” ou “Gangue da Aids”, protagonizaram um escândalo na cidade construído pelos jornais locais, em que a polícia procurava criminalizar o grupo por praticar “um novo tipo de crime”, associando o portador do vírus HIV a idéia de marginalidade. Em relação a este episódio, as autoridades de saúde pública no município e estado foram procuradas para se manifestarem sobre o caso, lançando a discussão sobre a necessidade de se criar mecanismos para o controle da epidemia. Neste contexto, a mídia impressa passou a construir o caso alimentando a polêmica, o medo, e a produção de imaginários sobre a aids dotados de forte preconceito. Este acontecimento também chamou a atenção para o tráfico de drogas na cidade, que na época pensava-se ser um problema mais voltado as grandes cidades e metrópoles.”<sup>87</sup>

---

<sup>85</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos... *Op. Cit.*, p. 53

<sup>86</sup> LAGO, M.A. Da marginalidade a tolerância: reflexões éticas sobre a estratégia de redução de danos. Dissertação defendida na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

<sup>87</sup> MALISKA, Isabel Cristina Alves. A implantação... *Op. Cit.*, p. 161.

Enquanto algumas Secretarias de Saúde encampavam a redução de danos como uma das frentes de enfrentamento, bem como novos atores sociais passaram a somar-se a essa luta. A partir de então, foram criadas Organizações Não Governamentais que foram fundamentais para a difusão da redução de danos.

Diante dessa realidade política, foi fundada, no ano de 1996, a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), com a função de capacitar e articular os Programas de Redução de Danos. AABORDA mobilizou redutores de danos e usuários de drogas para que se organizassem politicamente, fundando diversas ONGs pelo Brasil.<sup>88</sup>

Em 1998, o Estado de São Paulo sediou a IV Conferência Internacional de Redução de Danos. E foi na abertura do evento que o Governador do Estado de São Paulo anunciou a regulamentação da matéria, autorizando ações que previssem a troca de seringas. Essa lei foi “marco inicial de uma nova etapa na história da redução de danos no Brasil, uma vez que as estratégias de redução de danos foram, a partir de então, legitimadas e assumidas como política pública. A repercussão dessa medida é sentida de imediato, com a multiplicação de novas leis, estaduais e municipais, autorizando e regulamentando as estratégias de redução de danos”.<sup>89</sup>

A partir daí, a legitimação da redução de danos passa a ser necessária de maneira uniforme. Foi com a Portaria número 1.059, de 4 de julho de 2005, que houve a regulamentação da redução de danos nos CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outra Drogas). A normativa trouxe como direito das pessoas que usam drogas outras opções de saúde, que envolvem também a redução de danos. Passa a ser, portanto, direito desses cidadãos decidir sobre o modelo de atenção de sua preferência.<sup>90</sup>

---

<sup>88</sup> Passos, E. H. & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23, p 159

<sup>89</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos... *Op. Cit*, p. 54

<sup>90</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos... *Op. Cit*, p. 55

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) também se posicionou favorável à estratégia de redução de danos como Política Nacional Antidrogas com a Resolução número 3/CONAD, de 27 de outubro de 2005. A resolução expressa: “Não confundir as estratégias de redução de danos com o incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção”.<sup>91</sup>

Ribeiro fala haver hoje uma segunda geração de leis de redução de danos “que agora se preocupa com os direitos dos próprios cidadão que usa drogas, como é o caso da Lei Estadual Paulista número 12.258, de 9 de fevereiro de 2006, que dispõe sobre a prevenção e os direitos fundamentais dos usuários de drogas”.<sup>92</sup>

Com essa lei a pessoa que usa drogas passa ser vista em um novo paradigma, que parte de direitos e garantias. O usuário de drogas passa a ter assegurado a não exclusão, por exemplo, de escolas, de não sofrer discriminação em campanhas publicitárias, e a ter acesso informação sobre tratamentos, riscos das drogas e apoio psicológico assegurado.

Nessa toada, abre-se novas possibilidades de intervenção, não se restringindo a usuários de drogas injetáveis, abrangendo também outras drogas.<sup>93</sup>

É o caso do programa “De Braços Abertos”.

---

<sup>91</sup> Resolução n.º 3 de 27 de outubro de 2005, do Conselho Nacional Antidrogas – CONAD.

<sup>92</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Idem, p. 55

<sup>93</sup> RIBEIRO, Maurides de Melo. Idem, p. 56

### 3 O PROGRAMA “DE BRAÇOS ABERTOS”

#### 3.1 O programa a partir de outro

Na cidade de São Paulo, “entre a Rua Helvetia e a Alameda Dino Bueno, bem como a extensão e concentração em torno da Rua dos Gusmões, Rua Apa e baixos do viaduto do Minhocão”<sup>94</sup>, encontra-se a popularmente chamada Cracolândia – apesar de não estar fixamente instalada nessas ruas, por vezes mudando sua localização de acordo com o fluxo de usuários de crack e de outras drogas. Esse lugar da cidade pontualmente desperta a atenção do Poder Público; até então, quando isso acontecia, na maior parte das vezes tinha contornos de caso de polícia: como foi, por exemplo, o caso da Operação Sufoco<sup>95</sup>, que ficou conhecida como “Dor e Sofrimento”, levada a cabo em 04/01/2012, onde se tentava abrir espaço para o processo de “revitalização” da região, rebatizada pelo ex-prefeito Gilberto Kassab como Nova Luz. A operação foi marcada pela repressão a moradores e às pessoas que faziam uso de drogas naquela região. E por mais contraditório que pareça, anos antes Kassab (31/05/2007), afirmou à Folha: “A Cracolândia não existe mais. Existem incentivos, como abatimento de 80 por cento do valor que as empresas gastarem com compra e reforma dos imóveis em impostos municipais. Até agora 62 empresas demonstraram interesse de se mudar para a região”.<sup>96</sup>

A formação da Cracolândia em muito se confunde com a intensa urbanização das grandes cidades dos países em desenvolvimento, que não oferecem condições adequadas a todos que migram para esses centros. O resultado são precárias habitações e péssimas condições de vida em meio à “cidade legal”.

---

<sup>94</sup> ADORNO, Rubens Camargo Ferreira. Etnografia da cracolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano. *Sau. &Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.4, n.2, p.02, 2013.

<sup>95</sup> ‘Cracolândia’ troca Sufoco por Braços Aberto. *Carta Capital* 16/01/2014. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/cracolandia-troca-sufoco-por-bracos-abertos-mas-ha-duvidas-sobre-novo-programa-6234.html> Acesso em 04/06/2015.

<sup>96</sup> Kassab diz que processo de revitalização acabou com a cracolândia. *Folha de São Paulo*. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2007/05/301203-kassab-diz-que-processo-de-revitalizacao-acabou-com-a-cracolandia.shtml>. Acesso em 04/06/2015.

A região é conhecida por ser uma das maiores concentrações (se não a maior) de usuários de crack e de outras drogas na cidade de São Paulo. E pode ser assim entendida, nas palavras de Rubens Camargo Ferreira Adorno:

A cracolândia pode ser pensada como um espaço marcado pela sociabilidade direta de pessoas que se identificam com o território (uma localidade, mas também um território simbólico e existencial) e, também, pela variada e multifacetada interação dos frequentadores da cracolândia com diferentes agentes institucionais, apontando para modos de gestão do estado pelas margens. Consideramos a perspectiva dos frequentadores da cracolândia como um caminho privilegiado para a compreensão das políticas de combate ao crack.<sup>97</sup>

No início de 2014, novamente a Cracolândia ganhou destaque nos grandes meios de comunicação. Mas dessa vez a intervenção da prefeitura se deu de outra forma; agora por meio do programa “De Braços Abertos”, política pública intersetorial<sup>98</sup>, que trabalha em múltiplas frentes, contando com o auxílio de assistentes sociais, médicos, psicólogos para acompanhamento das pessoas que se cadastram voluntariamente no programa – o que por si só difere em muito de outras políticas de internação involuntária. Uma nova política para a região, que não a de bombas de gás e balas de borracha.

O Programa “De braços abertos”, nesse contexto, surge como vanguarda nas políticas públicas de saúde para a reabilitação psicossocial de usuários e dependentes de drogas. A sua implementação demonstra a alteração da agenda da prefeitura de São Paulo, que passa a priorizar uma demanda, antes sem destaque.

O programa oferece vagas, até o momento, em oito hotéis da região central, três refeições diárias, exercício de atividades laborais, capacitação, além de remuneração de R\$ 15 diários pelos serviços prestados aos órgãos da administração ou entidades com ela conveniadas. E aos finais de semana, todos

---

<sup>97</sup> ADORNO, Rubens Camargo Ferreira. Etnografia da cracolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano. *Sau. &Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.4, n.2, p.09, 2013.

<sup>98</sup> FAÉ, Sandra. Entrevista concedida ao autor, em 11/06/2015, via telefone. Apêndice B: Entrevista.

os beneficiários têm ainda a oportunidade de participar de oficinas de arte, música e cultura, e praticar esportes.<sup>99</sup>

Os dados coletados no início do programa mostram resultados importantes. Ainda no mês de junho de 2014, a equipe de saúde que atua na região da Luz constatou a redução de 50% a 70% no consumo médio de crack por usuário. Em outro levantamento, agora realizado pela Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, realizado em 8 de maio de 2014, apurou que das 429 pessoas (sendo 274 homens e 155 mulheres), 318 estão trabalhando nas atividades propostas pela Prefeitura. A maioria trabalha com varrição: 246 pessoas. Na Fábrica Verde, onde se desenvolvem atividades de jardinagem, trabalham outras 54. E em repartições públicas, como nas secretarias de Assistência e Desenvolvimento Social e de Saúde ou na própria Prefeitura, trabalham 18.<sup>100</sup>

A implementação do “De Braços Abertos” se deu já no início de 2014 (14 de janeiro de 2014); a regulamentação, logo meses depois (28 de abril de 2014), por meio do decreto 55.067, que altera o Programa Operação Trabalho, instituído pela Lei n. 13.178 de 2001.

E aqui se torna necessário destacar que a Prefeitura de São Paulo já contava, desde antes a formulação do programa “De braços abertos”, ainda em 2001 na gestão da ex-prefeita Marta Suplicy, e sob sua autoria, com uma Lei<sup>101</sup> que foi responsável por regulamentar o Programa Ação Coletiva de Trabalho (PACT). Essa Lei criou mecanismos que possibilitaram a coordenação dos meios necessários, anos mais tarde, à formulação do programa “De braços abertos”.

O objetivo do programa “Programa Ação Coletiva de Trabalho (PACT)” era o “de conceder atenção especial ao trabalhador desempregado há mais de 8

---

<sup>99</sup> Programa “De Braços Abertos” completa um ano com diminuição do fluxo de usuários e da criminalidade na região. Secretaria Executiva de Comunicação da Prefeitura de São Paulo, 16/01/2015. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/portal/noticia/5240#ad-image-0>. Acessado em: 06/06/2015

<sup>100</sup> Programa “De Braços Abertos” completa um ano com diminuição do fluxo de usuários e da criminalidade na região. Secretaria Executiva de Comunicação da Prefeitura de São Paulo, 16/01/2015. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/portal/noticia/5240#ad-image-0>. Acessado em: 06/06/2015

<sup>101</sup> SÃO PAULO (Cidade). Lei n. 13.178 de 2001, de 17 de setembro de 2001.



(oito) meses, com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos, preferencialmente na faixa etária de 21 (vinte e um) a 39 (trinta e nove) anos, sem rendimentos próprios, pertencente a família de baixa renda, visando a sua reinserção no mercado de trabalho". (grifo nosso)

O programa Ação Coletiva de Trabalho (PACT) se estruturava da seguinte forma:

Art. 2º - O Programa Ação Coletiva de Trabalho - PACT consistirá:

I - na concessão de auxílio pecuniário, em valor a ser fixado em decreto, correspondente a, no máximo, um salário mínimo e meio, além de seguro de vida coletivo e atendimento de despesas de alimentação e deslocamento;

II - no exercício de atividades, realizadas e ministradas pelos órgãos municipais ou entidades conveniadas ou parceiras, vedada toda e qualquer atividade insalubre, de acordo com as normas vigentes do Ministério do Trabalho e Emprego;

III - no desenvolvimento de atividades de capacitação ocupacional e de cidadania, ministradas pelos órgãos municipais ou por entidades conveniadas ou parceiras, observadas as restrições da legislação trabalhista em vigor.

§ 1º - Os beneficiários do Programa desenvolverão suas atividades junto aos órgãos da Administração Municipal Direta e Indireta ou em outras instituições com as quais a Secretaria do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade - SDTS estabeleça convênios ou parcerias.

§ 2º - Os benefícios e atividades previstas nos incisos deste artigo terão a duração mínima de 3 (três) meses e máxima de até 9 (nove) meses, a critério da coordenação do Programa e mediante prévia anuência do órgão em que estiverem sendo realizadas as atividades práticas, desde que mantidas as condições que ensejaram a inclusão do beneficiário no Programa e cumpridas as cláusulas estabelecidas em Termo de Compromisso e Responsabilidade.

Para a habilitação junto ao programa, impunham-se os seguintes requisitos para inscrição, conforme disposto no artigo terceiro da referida Lei:

Art. 3º - Para habilitar-se no Programa Ação Coletiva de Trabalho, o beneficiário deverá preencher os seguintes requisitos, cumulativamente:

I - ter idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos;

II - estar desempregado há mais de 8 (oito) meses e não estar recebendo o seguro desemprego;

III - comprovar que é residente e domiciliado no Município de São Paulo há mais de 1 (um) ano;

IV - pertencer a família de baixa renda, cujos membros tenham rendimento bruto mensal "per capita" igual ou inferior a 50% (cinquenta por cento) do salário mínimo nacional vigente, computando-se a totalidade dos rendimentos brutos dos membros da família, oriundos do trabalho e/ou de outras fontes de qualquer natureza, incluindo-se os benefícios e valores concedidos por órgãos públicos ou entidades particulares, excetuando apenas o benefício instituído por este Programa;

V - assinar Termo de Compromisso e Responsabilidade, declarando ter conhecimento das regras do Programa, às quais se sujeitará, sob pena de sofrer as sanções previstas no artigo 9º, § 1º, desta lei.

§ 1º - Para efeito do Programa Ação Coletiva de Trabalho, considera-se como família o núcleo de pessoas formado por, no mínimo, um dos pais ou responsável legal, filhos e/ou dependentes que estejam sob tutela ou guarda, devidamente formalizados pelo juízo competente, bem como parentes e outros indivíduos que residam com o grupo sob o mesmo teto e contribuam economicamente para a sua subsistência.

§ 2º - Para o enquadramento na faixa etária, considera-se a idade do beneficiário em números de anos completados até o dia do ano em que ocorrer seu cadastramento no Programa.

§ 3º - Excetua-se do critério de renda do inciso IV e §1º deste artigo o morador de rua em processo de reinserção social.

E como contraprestação, cabia ao participante “cumprir a carga horária estipulada para as atividades mencionadas nos incisos II e III do artigo 2º, e não ultrapassar o limite de faltas fixado no Termo de Compromisso e Responsabilidade, conforme previsto em decreto.”

E também havia critérios de preferência no atendimento do programa:

Art. 6º - O Programa Ação Coletiva de Trabalho será implantado gradativamente, de modo a atender situações agravantes de pobreza, observando-se os seguintes critérios, pela ordem, sem prejuízo do atendimento ao disposto no artigo 3º desta lei:

I - maior tempo de desemprego;

II - morador de rua em processo de reinserção social;

III - menores faixas de renda bruta familiar "per capita";

IV - menor grau de escolaridade do beneficiário;

V - famílias com filhos e/ou dependentes com idade até 23 (vinte e três) meses, em estado de desnutrição;

VI - famílias monoparentais;

VII - famílias com maior número de filhos e/ou dependentes; VIII - famílias com dependentes idosos ou portadores de necessidades especiais;

IX - famílias com filhos e/ou dependentes sob medidas específicas de proteção ou sócioeducativas, previstas, respectivamente, nos artigos 99 a 102 e 112 da Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990;

X - condições de moradia;

XI - deficientes físicos;

XII - egressos do sistema penitenciário.

Em 2003, a Lei n. 13.689 de 2003, Lei de alteração à Lei 13.178, modificou o nome do programa para “Programa Operação Trabalho”<sup>102</sup>, e passou também a ampliar a abrangência dessa política, bem como aperfeiçoou alguns de seus dispositivos legais.

Em suma, o objeto do programa foi mantido, com a inclusão do parágrafo segundo que expressamente destaca que “a participação no Programa Operação Trabalho não gerará quaisquer vínculos empregatícios ou profissionais entre o beneficiário e a Prefeitura Municipal de São Paulo”.<sup>103</sup> Além disso, passou a prever o meio de pagamento do benefício por meio de cartão magnético, e a duração de participação no programa foi estendida para até doze meses, podendo ser prorrogada por mais doze, conforme conveniência e aprovação do ente público responsável.

O acesso à política pública também foi facilitado, não se exigindo mais oito meses de desemprego para se cadastrar no programa, passando o prazo a ser de quatro – “ou não ter acumulado, nos últimos 36 (trinta e seis) meses, mais de 3 (três) meses de resgito em Carteira de Trabalho e Previdência Social, consecutivos ou não”. É o que prevê o art. 3, que também facilitou, no parágrafo terceiro, o acesso aos moradores de rua, para os quais passou a bastar a simples declaração para comprovar residência e domicílio no município de São Paulo – que deixa de ser uma barreira para essas pessoas que muitas vezes não têm residência certa.

---

<sup>102</sup> FAÉ, Sandra. Entrevista concedida ao autor, em 11/06/2015, via telefone. Apêndice B: Entrevista.

<sup>103</sup> SÃO PAULO (Cidade). Lei n. 13.689 de 2003, de 19 de dezembro de 2003.

O Decreto de número 44.484, de 10 de março de 2004, por sua vez, disciplinou as leis citadas, dispondo em linhas gerais sobre o valor mínimo e máximo do auxílio pecuniário, do subsídio para deslocamento, da carga horária das atividades. Há ainda a normatização da frequência necessária, hipóteses de suspensão e desligamento de vínculo, e as formas de comprovação de residência – destacando-se a das pessoas em situação de rua.

Diante desses mecanismos legais, foi possível em 2014 a instituição do programa “De braços abertos”, pois já havia autorização e regulamentação sobre um programa semelhante. O que houve a partir do Decreto n. 55.067, de abril de 2014, foi a ampliação de uma das frentes do programa, que é a de pessoas em situação de rua, e que estão em situação de extrema vulnerabilidade social.

### **3.2 “De braços abertos” como política de redução de danos**

O Decreto que regulamenta o programa “De braços abertos”<sup>104</sup>, e que ao mesmo tempo altera o Decreto n. 44.484, dá a essa política pública os contornos de uma política de redução de danos. Ainda que não haja política pública de saúde semelhante a essa em outros lugares, mesmo no plano externo, guardando particularidades inerentes à realidade de São Paulo, é possível perceber nela características que se orientam pela redução de danos. É o que se observa pelo Decreto<sup>105</sup> que regulamenta o programa.

O objetivo do “De braços abertos” é expresso já no artigo primeiro:

Art. 1º Fica regulamentado, nos termos deste decreto, o Programa De Braços Abertos, instituído em 15 de janeiro de 2014, com o objetivo de promover a reabilitação psicossocial de pessoas em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de substâncias psicoativas, por meio da promoção de direitos e de ações assistenciais, de saúde e de prevenção ao uso abusivo de drogas. (grifo nosso)

---

<sup>104</sup> SÃO PAULO (Cidade). Decreto n. 55.067, de 28 de abril de 2014.

<sup>105</sup> SÃO PAULO (Cidade). Idem.

Como destacado, as pessoas participantes do programa são aquelas em situação de vulnerabilidade social<sup>106</sup> e em condição de uso abusivo de SPA's (Substâncias Psicoativas), situação que por si só as coloca no conceito de vulnerabilidade, trazido no capítulo anterior sobre a redução de danos, que envolve a fragilização da vida nas dimensões econômicas e sociais, carecendo de condições até mesmo para a efetivação de direitos fundamentais, compreendidos como inerentes à pessoa humana. A reabilitação psicossocial pretendida pressupõe a promoção de direitos, de forma a não tolher a liberdade de locomoção (o que representaria ilegalidade e abuso de direito), aliada a ações pensadas a esses sujeitos com base na assistência social, sanitária e na prevenção ao uso de drogas – principalmente no aspecto preventivo da redução de danos.

É importante destacar que logo o primeiro parágrafo do artigo primeiro, adere o programa ao programa federal “Crack, é possível vencer”, que tem por base a Lei n. 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), também conhecida como Lei de Drogas. O programa “Crack, é possível vencer” foi criado com a finalidade de construir uma rede de parceria e informação com os outros Entes Públicos, operadores do Direito (juízes, defensores públicos, promotores, agentes penitenciários...) e agentes de saúde (médicos, psicólogos, assistentes sociais...) a fim de encampar o enfrentamento ao “crack e suas consequências”<sup>107</sup>. O programa federal se estrutura em três eixos: Eixo Prevenção, Eixo Cuidado e Eixo Autoridade.

Em linhas gerais, a Prevenção consiste em “evitar, impedir retardar, reduzir ou minimizar o uso abusivo e os prejuízos relacionados ao consumo”<sup>108</sup> de crack e outras drogas. Esse eixo foi estruturado principalmente na capacitação do quadro de servidores, de lideranças comunitárias e autoridades públicas, a fim de

---

<sup>106</sup> FAÉ, Sandra. Entrevista concedida ao autor, em 11/06/2015, via telefone. Apêndice B: Entrevista.

<sup>107</sup> BRASIL. Crack, é possível vencer. Enfrentar o crack. Compromisso de todos. Cartilha. disponível em: [http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/avea/conteudo/cartilha\\_crack\\_ae\\_possivel\\_vencer.pdf](http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/avea/conteudo/cartilha_crack_ae_possivel_vencer.pdf). Acessado em: 06/06/2015.

<sup>108</sup> BRASIL. Crack, é possível vencer. Enfrentar o crack. Compromisso de todos. Idem.

garantir informação atualizada acerca do crack, álcool e outras drogas. O eixo de Cuidado, por sua vez, visa a estreitar parcerias com os demais Entes, em especial as prefeituras, devido a sua maior proximidade, articulando assim ações específicas como os Consultórios de Rua; mas também se comprometendo com a ampliação de leitos e unidades de acolhimento. E o eixo de Autoridade, tem por fim o policiamento ostensivo e de proximidade (comunitário) nas áreas de concentração de uso de drogas, a fim de diminuir a sua presença naquelas regiões.

Dessa forma, o programa “De braços abertos” vincula-se a outra política pública- “Crack, é possível vencer”, também como forma de garantir, a partir do atendimento de condições e o fornecimento de “contrapartidas”, acesso a recursos financeiros da União para a sua implementação, trabalhando, pois, em uma rede de parceria. Assim o programa não está deslocado de uma política nacional de saúde, estando em conformidade com os eixos de outro plano nacional.

Nesse sentido, o parágrafo único do artigo sexto prescreve que o Programa promoverá “a articulação (...) com outras políticas desenvolvidas em âmbito federal, estadual e municipal.” E também o sétimo, com o seguinte texto:

Art. 7º Para a execução do Programa De Braços Abertos poderão ser firmados convênios, contratos de repasse, termos de cooperação, ajustes ou instrumentos congêneres com órgãos e entidades da Administração Pública Municipal, da União, dos Estados, do Distrito Federal e de outros Municípios, com consórcios públicos ou com entidades privadas.

O parágrafo segundo, artigo primeiro do Decreto n. 55.067 destaca a natureza intersetorial do programa (“políticas municipais de saúde, direitos humanos, assistência social, trabalho, segurança urbana, educação, moradia, desporto, cultura, meio ambiente, entre outras”<sup>109</sup>).

---

<sup>109</sup> SÃO PAULO (Cidade). Decreto n. 55.067, de 28 de abril de 2014

As diretrizes do “De braços abertos” estão mais bem expostas no art. 2. Dentre elas, é possível selecionar os incisos abaixo transcritos que são pressupostos da política de redução de danos:

Art. 2 - São diretrizes do Programa de Braços Abertos:

I – atenção à saúde e à reabilitação psicossocial, com políticas de redução de riscos e de danos, de prevenção do uso, de tratamento e de assistência social destinadas às pessoas em situação de uso abusivo de substâncias psicoativas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde – SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social – SUAS;

II- acesso a atividades ocupacionais e à renda, por meio da oferta de oportunidades de ocupação e de qualificação profissional, nos termos da Lei n. 13.178, de 17 de setembro de 200, que instituiu o Programa Operação Trabalho;

III- promoção de alimentação, hospedagem e capacitação;

IV- estímulo permanente e oferta de condições para emancipação e autonomia dos beneficiários, por meio de qualificação profissional, intermediação de mão de obra, estímulo à economia solidária e direcionamento para outras programas;

(...)

VII- disseminação de informações qualificadas relativas aos danos causados pelo uso do crack e de outras drogas

O inciso VI, do artigo 2º, prevê a participação da sociedade civil, que é tida como pressuposto para qualquer política pública, tal como exposto no capítulo primeiro da presente monografia: “(ii) sua conformidade à Constituição pressupõe um adequado planejamento e uma efetiva participação popular”.<sup>110</sup> O art. 3, nesse sentido, prevê mecanismo para inserção dos “movimentos sociais, de organizações da sociedade civil, entidades privadas sem fins econômicos, de empresas, especialistas e outros colaboradores” por meio de convite para as reuniões do Comitê Gestor, coordenado pelo Secretário do Governo Municipal e composto pelos Secretários e Secretários Adjuntos de Secretarias relacionadas diretamente com essa política pública.

As ações previstas do programa, cabendo ao Comitê Gestor definir outras, estabelecidas no art. 6, orientam-se pelas diretrizes previstas no art. 2 do presente decreto. Cumpre destacar os seguintes incisos:

---

<sup>110</sup> PIVETTA, Saulo Lindorfer, Idem, p. 94

III – encaminhamento para hospedagem, como quartos em pensionatos, no limite de vagas disponíveis, e ofertas de refeições diárias;

IV – articulação do cuidado integral à saúde com as equipes de unidades de saúde do território, incluindo Consultório na Rua, Agentes Redutores de Danos do Serviço Ambulatorial Especializados – SAE DST/AIDS, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Unidades de Atendimento Transitório – UAT e Agentes de Saúde vinculados às Unidades Básicas de Saúde;

V – articulação da rede socioassistencial da proteção social básica e da proteção social especial com a finalidade de promover a garantia de direitos, a reconstrução de vínculos familiares e comunitários e o fortalecimento das potencialidades dos beneficiários, abrangendo a inclusão em programas de transferência de renda e de qualificação profissional.

Pelo exposto, é possível concluir que o Decreto do programa se orienta pela política de redução de danos, localizando o programa “De Braços Abertos” nesse paradigma de saúde. O programa, dessa forma, está em plena consonância com os dispositivos constitucionais sobre o direito fundamental à saúde, e mesmo com outras leis específicas sobre as drogas, como é o caso da Lei 11.343/2006, conhecida como Lei de Drogas, na parte em que dispõe sobre a reinserção social de usuários<sup>111</sup>. Nesse sentido, suas medidas de ação, o desenho do programa e a própria metodologia de abordagem, encontram-se amparados no ordenamento jurídico interno, e respaldados por meio do Plano Nacional de Saúde (2012-2015). Não há, portanto, o que se discutir dessa política pública no campo da legalidade, devendo a Administração avaliar os resultados periodicamente, adaptando a configuração de modo sempre a aperfeiçoá-la em seus objetivos, em prol da sociabilidade e melhoria na qualidade de vida dos participantes do programa.

---

<sup>111</sup> Art. 20. Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.



## CONCLUSÃO

O programa “De braços abertos” pode ser concebido como uma política pública de saúde intersetorial que tem a redução de danos como paradigma. Destacam-se duas informações constituintes dessa política: i) o programa é uma política pública elegido pela Prefeitura de São Paulo para a promoção do direito fundamental à saúde, aplicado às pessoas em situação de rua e de vulnerabilidade social, e que inicialmente tem como território a Cracolândia, ii) o programa intervém sob os pressupostos e diretrizes da redução de danos, constituídos politicamente por meio dos atores e agentes de saúde ligados à questão das drogas e reabilitação psicossocial.

O primeiro elemento constituinte do programa está imbricado com o direito fundamental à saúde, trazido no texto constitucional no artigo 196 e em outros dispositivos que cuidam da regulamentação do Sistema Único de Saúde e pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90. Em especial, a política de redução de danos é prevista como política de saúde no Plano Nacional de Saúde (2012-2015), na diretriz quatro, que preceitua o “Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência do crack e outras drogas”, dispondo que isso deverá ocorrer por meio de políticas de prevenção e também **redução de danos**.

O segundo elemento informante situa o programa “De braços abertos” como política alternativa de saúde, que tem como proposta a minimização dos efeitos prejudiciais decorrentes do uso abusivo de drogas e da reabilitação psicossocial das pessoas que estão em situação de vulnerabilidade. Nesse sentido, essa política pública se coloca como favorável à opção voluntária do seu participante, não prevendo/adotando medidas que contrariem a vontade desses usuários de drogas – que se utilizam principalmente do crack, mas que podem se utilizar de outras drogas ou mesmo do crack conjugado a drogas mais leves e pesadas.

A partir do conceito desenvolvido nesse trabalho, trazidos precisamente nessa ordem, é possível concluir a importância do programa “De Braços Abertos” como política oficial de saúde. Tomando o exemplo da cidade de São Paulo, a redução de danos também deve ser incorporada pelos outros Entes (União, Estados e Municípios), sempre de acordo com as especificidades de cada região e moldando-se aos diferentes contextos, nesse que vem a ser o segundo estágio, conceito desenvolvido acertadamente por Maurício Maurides, das políticas de redução de danos sobre drogas no Brasil.

A presente pesquisa demonstrou que o programa se encontra em consonância com os dispositivos legais e constitucionais, e mesmo com uma política nacional de saúde formulada por autoridades da área da saúde. Essa monografia, portanto, desenvolveu-se também com o objetivo de desconstruir senso comum mais sorrateiros, que foram difundidos sobre o programa “De braços abertos” desde a sua fase de implementação, mas também esclarecer aquela opinião que se encontra confusa quanto aos pressupostos dessa política pública. A expectativa do autor é de que o “De braços abertos” renda ótimos frutos, que já estão sendo percebidos pelos participantes do programa, para o fim de reestabelecer vínculos de confiança e sociabilidade.

## **APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Inicialmente, V. S.<sup>a</sup> poderia nos falar brevemente sobre sua trajetória profissional?
2. O programa “De braços abertos” ganhou destaque na imprensa desde a sua fase de formulação. Como V. S.<sup>a</sup> descreve a novidade desse programa? E qual seria a possível causa da comoção pública acerca dessa política?
3. Poderia nos relatar como a ideia do programa ingressou à agenda de gestão do município? Por que essa configuração de política de drogas (e não outra) foi escolhida, na sua opinião?
4. Qual foi a participação de setores organizados da sociedade civil na concepção do programa? Foram organizadas reuniões públicas convocadas pelo governo? Quais grupos participaram desse processo? Há registros desses debates?
5. Poderia relatar os obstáculos para a implementação do programa (judiciais, policiais, comunidade)?
6. Qual a relação do programa com as políticas de redução de danos sobre drogas? O programa de alguma forma se insere nesse paradigma?
7. O programa está vinculado a alguma política pública nacional, por exemplo com o “Crack é possível vencer”? Se sim, como se dá esse vínculo?
8. Há relação entre o programa e a diretriz 4 do Plano Nacional de Saúde, no que tange à redução de danos e a consultórios de rua com equipe multidisciplinar? Se sim, há alguma meta estabelecida?
9. Há algum programa nacional ou mesmo internacional que o “De braços abertos” tem por referência?

10. Como é feito o acompanhamento da implementação da política? Há intercâmbio de experiências e resultados do programa com outras prefeituras?
11. Quais serão os próximos passos na implementação do programa? A prefeitura cogita ampliar/ estender essa política nos próximos anos? Se sim, em quais pontos?
12. Gostaria de comentar as suas impressões sobre esse quase um ano e meio do “De braços abertos”?

## **APÊNDICE B - ENTREVISTA**

**SANDRA FAE\***

(Entrevista concedida ao autor via telefone. São Paulo, 11 de junho de 2015)

### **1. Inicialmente você poderia nos falar da sua trajetória profissional?**

Eu tenho uma história profissional ligada aos movimentos sociais na gestão pública há mais de dez anos; trabalhei muito tempo em diversas entidades e também em parceria com o Movimento dos Sem Terra. Na prefeitura de São Paulo, trabalhei na gestão da prefeita Marta Suplicy, durante o governo do Partido dos Trabalhadores (PT), junto à Secretaria coordenada pelo professor Márcio Porchmann; e depois na prefeitura de Osasco, na área da gestão pública ligada ao desenvolvimento, trabalho e inclusão social, sempre na perspectiva das alternativas de trabalho, economia solidária e desenvolvimento local.

### **2. O programa “De braços abertos” ganhou destaque na imprensa desde a sua fase de formulação. Como V. S.<sup>a</sup> descreve a novidade desse programa? E qual seria a possível causa da comoção pública acerca dessa política?**

Primeiro, falar que o governo Haddad já se diferencia por ser um governo democrático, e que no contexto social se preocupa principalmente com as pessoas em situação de vulnerabilidade. O programa "De Braços Abertos" em si, além de ter esse foco, também se coloca como alternativa de saúde.

Talvez seja importante destacar que o programa é de uma ousadia muito grande, porque se propõe a tratar um problema que é muito complexo; o problema encontrado não é meramente como a mídia tem insistido em apresentar como problema de governo; é antes um problema social.

Em especial, outra característica do “De braços abertos”, que teve a implementação primeiro pelo território da Luz, é que ele não se estrutura a partir da violência.

Mas, primeiro, para que seja possível desenvolver essa idéia, é importante

---

\* Secretária Adjunta da Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo da Prefeitura Municipal de São Paulo, e membro do Comitê Gestor do Programa “De Braços Abertos”.

lembrar que na região por parte do Poder Público, mesmo antes do programa, já havia ações pontuais de saúde e assistência social atuando junto às pessoas daquela região, mas não com o desenho do “De braços abertos”.

Com o início da gestão Haddad, considerando e entendendo que o uso de substâncias psicoativas é determinado por fatores múltiplos, como fatores de ordem social, cultural e individual, o governo decidiu, dado essa identificação do problema, constituir um grupo de trabalho, a partir de um grupo executivo, que envolvia diversas secretarias e representantes da sociedade civil com o objetivo de analisar essa questão, construir um planejamento para a implementação e o monitoramento dessa política.

Esse grupo, que tinha inicialmente a coordenação da Secretaria da Saúde, mais tarde se tornou intersecretarial, contando com a participação da sociedade civil. Prova disso é que o nome programa surgiu do diálogo com a população daquele território, o que é muito simbólico para essa política pública.

O início das atividades na Rua Helvetia se deu perto de julho de 2013. Em dezembro, o prefeito recebeu vários representantes para começar a estabelecer os critérios do programa, e iniciar o cadastramento dos participantes. Aqui é importante destacar que a estratégia do programa sempre foi a de estar em contato permanente com o território e com aquelas pessoas para fazer um acordo do que seria feito no programa, a fim de estabelecer as ações que seriam implementadas naquela região. No início de janeiro, houve então a retirada de mais ou menos 320 barracas da região da Helvetia e da Dino Bueno, o cadastramento de 350 pessoas no programa, e estabelecida uma parceria com cinco hotéis da região; como instrumento meio foi possível por meio do Programa Operação Trabalho garantir moradia, alimentação, atividades e qualificação, que integram a frente de trabalho. No entanto, é importante destacar que programa “De braços abertos” tem uma concepção de baixa exigência, já que ninguém vai ser constrangido a uma situação, até mesmo porque o programa tem a proposta de redução de danos, e aquelas pessoas estão bastante fragilizadas físicas e mentalmente.

A escuta dessas pessoas pelos agentes de saúde, assistentes e educadores

sociais e pelo CAPS permitiu chegar ao desenho denominado de abordagem e acolhimento. Foi daí que se chegou numa das principais necessidades daquelas pessoas, que era de moradia, alimentação e de trabalho. O programa é muito complexo, pois envolve diversos serviços, sendo um programa que não se pode imaginar sem apoio intersecretarial.

Há também no programa, por exemplo, a realização de atividades culturais e desportivas, que atingem não só o pessoal já cadastrado, mas também os que ainda não estão integrados, o chamado fluxo.

No caso do fluxo, existe um problema grave ligado ao tráfico no território, e a questão da disputa é um dos principais problemas da região; o programa então se coloca nessa realidade, tentando trazer as pessoas junto a ele, construindo vínculos de confiança.

Ao mesmo tempo, à medida que o programa foi surgindo, outras pessoas começaram a se dirigir para a região; então quando se observa que o fluxo tem aumentado, é porque tem crescido a demanda pela participação no programa – inclusive pessoas de outros municípios têm se deslocado para a região. Isso se apresenta como positivo, mas também gera um aumento das dificuldades e da complexidade do programa.

### **3. Poderia relatar os obstáculos para a implementação do programa?**

Sobre a riqueza do programa e a problemática envolvida naquela questão alguns setores da sociedade não têm a esperada compreensão; a desinformação, portanto, tem se apresentado como problema. Seria mais fácil e irresponsável por parte do Poder Público se omitir diante daquela realidade, mas mesmo assim algumas pessoas preferem que simplesmente aquelas pessoas não estejam ali batendo a sua porta. No entanto, não percebem que a droga não escolhe classe social e nível de escolaridade.

O programa tem uma riqueza por trabalhar justamente com a redução de danos. É importante observar os resultados que se vem atingindo com o programa. Já é possível identificar pessoas que reduziram em muito o consumo, e que conseguiram moradia. É nisso que a gente acredita. Mas o programa é apenas

uma opção de tratamento que se abre, permitindo que as pessoas passem a reestruturar suas vidas. O resultado pode ser que não ocorra da forma esperada. Há casos de usuários que tiveram redução no uso de droga, mas que em outros momentos tiveram recaídas. Isso não deixa de fazer parte do processo.

No caso dos obstáculos, não deixa de haver certo problema na relação com parte da comunidade. Há denúncias, e até recentemente houve reclamação por parte do CONSEG, que é um conselho de segurança da região, pela prefeitura ter alocado alguns participantes do programa que estão na fase dois para uma rua que não faz parte exatamente da Cracolândia; aí teve a movimentação do conselho, que entendia aquilo como ameaça à vizinhança. O que é complicado...

Parte da mídia, por sua vez, insiste em colocar o “De braços abertos” na arena de disputa política; dessa forma, não relata os pontos positivos e os avanços do programa, pautando-se muito mais nas questões frágeis, por meio de um processo negativo. As informações que são divulgadas normalmente não relatam o esforço empreendido pelo Poder Público, tampouco reporta à sociedade os progressos obtidos; e muito menos o que significa na vida daquelas pessoas o programa “De braços abertos”.

O programa é uma questão de saúde, e a gente vai encampando essa política no sentido de que ela dê cada vez mais certo. A política sob esse viés é muito mais eficiente, do que a gente usar da polícia para colocar aquelas pessoas para correr. No que compete ao município, a abordagem será sempre na perspectiva do diálogo, do acordo, do acolhimento, não é em momento algum de forma truculenta. Até mesmo porque não compete ao município o enfrentamento ao tráfico.

A gestão desse programa precisa de uma *expertise* muito dinâmica e que se adeque à realidade daquele território e daqueles beneficiários. E mesmo havendo um decreto e uma normatização do próprio programa, por vezes é necessário flexibilizar para que a política se adeque às situações que constantemente mudam. Vou te dar um exemplo: é o caso da bolsa, que é paga semanal e em espécie, o que não ocorre com nenhum outro programa do Operação Trabalho. Também pela especificidade e preocupação com a redução de danos, o controle



da participação e até para não repassar um montante maior ao mesmo tempo é feito semanalmente. Imagina o que é o monitoramento de quatrocentos pessoas? O problema do pagamento por meio do cartão magnético é que a maioria dos beneficiários não tinham documentação. Atualmente, há um grupo na etapa dois que já tem esses documentos, e que estão morando inclusive em lugares mais distantes do território; provavelmente esse grupo logo contará com um cartão magnético para sacar o benefício.

Além disso, no território são feitas no fluxo três ou quatro limpezas por dia, limpeza que não é somente para a aparência da rua, mas sim como medida preventiva de saúde, a fim de evitar a transmissão de doenças - no fluxo há problemas como tuberculose, por exemplo. Não é porque simplesmente é para se ver a rua limpa.

#### **4. O programa está vinculado de alguma forma à outra política pública nacional?**

A Secretaria Nacional de Drogas (SENAD) tem um diálogo permanente, hoje com a prefeitura. E até há uma parceria com a Secretária da Assistência Social, principalmente na parte do acolhimento. E agora a gente está estruturando o aumento da oferta de atividades ligadas ao programa. E já aproveitando outra pergunta. Nessa estratégia, o “De braços abertos” se apresenta como referência não somente no sentido de uma política nacional, mas também para que ele sirva de exemplo metodológico para outras regiões do país. Já houve aqui oficinas com gestores, que vieram conhecer a metodologia do programa, e constantemente a gente recebe a visita de outras prefeituras. O que nos falam, é que os avanços alcançados estão muito ligados à inserção dos participantes em um viés produtivo, e também por meio do pagamento de um auxílio diário. Tudo isso são instrumentos que permitem às pessoas reestruturarem suas vidas a fim de alcançar uma emancipação de fato.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, Rubens Camargo Ferreira. Etnografia da crackolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano. *Sau. &Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.4, n.2, p.02, 2013.

BRASIL, Constituição Federal da República 1988.

BRASIL, Lei 11.343/2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015/ Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRASIL. Crack, é possível vencer. Enfrentar o crack. Compromisso de todos. Cartilha. disponível em: [http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/avea/conteudo/cartilha\\_crack\\_ae\\_possivel\\_vencer.pdf](http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/avea/conteudo/cartilha_crack_ae_possivel_vencer.pdf).

BRASIL. Lei Orgânica de Saúde n. 8.080/1990

BUCCI, Maria Paula Dallari. Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas. Saraiva, São Paulo, 2013

BUCCI, Maria Paula Dallari. Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas. Saraiva, São Paulo, 2013

BUENO, R. Estratégias de Redução de Danos em Santos, SP. In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. F. (Orgs.) Troca de seringas: Drogas e Aids. Ciência, Debate e Saúde Pública. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1998

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Constituição dirigente e vinculação do legislador: contributo para a compreensão das normas constitucionais programáticas. 2ª ed. Coimbra: Coimbra, 2001.

CAVALLARI, Celi; SODELLI, Marcelo. Redução de danos e vulnerabilidade enquanto estratégia preventiva nas escolas. In: SEIBEL, Sérgio Dario (Org.). Dependência de Drogas. São Paulo. Atheneu, 2010

COSTALDELLO, Ângela Cássia. Aportes para um ideário brasileiro de gestão pública: a função do controle externo. *Revista de Direito Administrativo e Constitucional - A&C*, ano 10

'Cracolândia' troca Sufoco por Braços Aberto. Carta Capital 16/01/2014. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/cracolandia-troca-sufoco-por-bracos-abertos-mas-ha-duvidas-sobre-novo-programa-6234.html> Acesso em 04/06/2015.

CRISTÓVAM, José Sérgio da Silva. O conceito de interesse público no Estado Constitucional de Direito: o novo regime jurídico administrativo e seus princípios constitucionais estruturantes. Tese apresentada na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. 2014

DAL BOSCO, Maria Goretti; DALLA VALLE, Paulo Roberto. Novo conceito da discricionariedade em políticas públicas sob um olhar garantista, para assegurar direitos fundamentais. Disponível em: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br).

JOHNSON, Guilherme Alfredo. Os alicerces das políticas públicas: adversidades as universalização In: Direitos Humanos, Diversidade e Movimentos Sociais: um diálogo necessário. André Luiz Faisting; Marisa de Fátima Lomba de Farias (organizadores). – Dourados : Ed. UFGD, 2011

Kassab diz que processo de revitalização acabou com a cracolândia. Folha de São Paulo. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2007/05/301203-kassab-diz-que-processo-de-revitalizacao-acabou-com-a-cracolandia.shtml>. Acesso em 04/06/2015.

LABATE, Beatriz Caiuby; FIORE, Maurício; GOULART, Sandra Lucia Goulart. In: LABATE, B. C. (orgs.). Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008

LAGO, M.A. Da marginalidade a tolerância: reflexões éticas sobre a estratégia de redução de danos. Dissertação defendida na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

MACRAE, Edward. A Subcultura da Droga e Prevenção. Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, 2003.

MALISKA, Isabel Cristina Alves. A implantação das políticas públicas de saúde em aids no município de Florianópolis- SC: um estudo do período de 1986 a 2010. Tese defendida na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2012.

MESQUITA, Fábio et. al. Aids entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990. In: A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente a epidemia de HIV Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da e ANDREOLI, Sérgio Baxter. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.11, n.3.

Passos, E. H. & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23

PIVETTA, Saulo Lindorfer. Direito Fundamental à saúde: regime jurídico constitucional, políticas públicas e controle judicial. Dissertação. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

Programa "De Braços Abertos" completa um ano com diminuição do fluxo de usuários e da criminalidade na região. Secretaria Executiva de Comunicação da Prefeitura de São Paulo, 16/01/2015. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/portal/noticia/5240#ad-image-0>. Acessado em: 06/06/2015

QUEIROZ, I. S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicol. cienc.*, Brasília, v. 21, n. 4

RIBEIRO, Maurides de Melo. Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas. São Paulo: Editora Saraiva, 2013.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Saúde: promessas e limites da Constituição. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2003

SÃO PAULO (Cidade). Decreto n. 55.067, de 28 de abril de 2014

SÃO PAULO (Cidade). Decreto n. 55.067, de 28 de abril de 2014.

SÃO PAULO (Cidade). Lei n. 13.178 de 2001, de 17 de setembro de 2001.

SÃO PAULO (Cidade). Lei n. 13.689 de 2003, de 19 de dezembro de 2003.

SOUZA, Kátia Mendes de; MONTEIRO, Simone. A abordagem de redução de danos em espaços educativos não-formais: um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v.15, n.38, 2011.

ZEMEL, Maria de Lurdes S. Prevenção: novas formas de pensar e enfrentar o problema. In: BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 3ª Ed. Brasília: SENAD, 2010.